

がん患者補整具購入に関する証明書

年 月 日

佐賀市長 様

医療機関 所在地
名称
主治医氏名

印

下記について、相違ないことを証明します。

記

対象者	氏名		性別	男 ・ 女
	住所	佐賀市		
	生年月日	年 月 日		
病名				
治療方法	手術療法 化学療法 放射線療法 その他 ()			
治療開始日	年 月 日			
補整具を必要とする理由 (□に✓をつけてください)	<input type="checkbox"/> 治療の副作用として脱毛が認められるため <input type="checkbox"/> 乳房切除術を受けたため			

※1 医師氏名の記載は必須とします。