

(参考様式)

## がん患者補正具購入に関する証明書

太良町長 様

対象者	氏名		性別	男・女
	住所	太良町		
	生年月日			
病名				
治療方法	手術療法	化学療法	放射線療法	
	その他( )			
補正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			

上記について相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

医療機関名

所在地

医師氏名

印

※医師氏名の記載は必須とします。