

第5号様式（第7関係）

甲府市がん患者アピアランスケア支援事業医療機関受診証明書

申請者 記入欄	(フリガナ) 氏名		生年 月日	年 月 日
	住所	〒 甲府市		
	電話	()		

<医療機関記入欄>

上記の者について、下記のとおりがん治療による外見の変化がみられることを証明します。

証明内容 (証明する内容に☑)	<input type="checkbox"/> 頭部脱毛 <input type="checkbox"/> 乳房等切除
--------------------	---

年 月 日

医療機関 所在地

名 称

代表者名