様式第２号（第５条関係）

がん治療の副作用による補整具購入に係る証明書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機関記入欄 | 受診者　氏名 |  |
| 受診者生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 証明内容 | １、がん治療の副反応による脱毛  ２、がん治療による乳房切除 |

上記について、相違ないことを証明します。

　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　医療機関　所在地

　　　　　　　　　　　　　　名称

　　　　　　　　　　　　　　医師名　　　　　　　　　　㊞