

佐賀県知事 様

がん治療を目的とした先進医療を実施した医療機関

医療機関名	印
住 所	(郵便番号)
電 話 番 号	
主 治 医	

佐賀県がん先進医療受診環境づくり事業治療費助成金・利子補給金治療実施証明書

がん治療を目的とした先進医療を下記のとおり実施したことを証明します。

記

1 対象患者

氏 名	(年齢 歳 / 性別 男・女)
住 所	

2 実施したがん先進医療

先進医療技術名	(第2項先進医療 ・ 第3項先進医療)
治 療 開 始 日	平成 年 月 日
治 療 費 (技術料のみ)	金 円
領 収 日	平成 年 月 日