

第2号様式

令和×年 ×月 ×日

神奈川県知事 殿

(重粒子線治療を受ける患者)

郵便番号 **231-8588**
住所 **神奈川県横浜市中区日本大通1**
ふりがな **かながわ たろう**
名前 **神奈川 太郎**

神奈川県重粒子線治療決定日報告書

私は、次のとおりに神奈川県立がんセンターの重粒子線治療を受けることが決まりましたので、神奈川県重粒子線治療利子補給対象者認定申請書と合わせて提出いたします。

通常は、2回目の来院日に重粒子線治療を受けることが決まります。

1 重粒子線治療を受けることが決まった日※ **令和×年** ×月 ×日

※重粒子線治療を開始する予定日ではなく、重粒子線治療を行うことが決まった旨を神奈川県立がんセンターから説明を受けた日を記入してください。

2 担当医師のサイン

上記のとおりで相違ありません 担当医師 _____

重粒子線の担当医師にサインをしてもらってください。