

様式第2号

年 月 日

大阪府知事 様

(重粒子線治療を受ける患者)

郵便番号 〒

住 所

電話番号

ふりがな

名 前

印

重粒子線治療決定報告書

私は、次のとおりに大阪重粒子線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、大阪府重粒子線治療費利子補給金利用申込書と合わせて提出いたします。

- 1 技術名 先進医療 又は 自由診療 による重粒子線治療
- 2 技術料 ○, ○○○, ○○○円
- 3 重粒子線治療を受けることが決まった日※ ____年 ____月 ____日

上記のとおりで相違ありません。

大阪重粒子線センター ○○ ○○ 印

※重粒子線治療を開始する予定日ではなく、大阪重粒子線センターから重粒子線治療を行うことが決まった旨の説明を受けた日を記入してください。