

様式2

始良市若年末期がん患者に対する療養支援事業
意見書

ふりがな		生年	昭和・平成
氏名		月日	年 月 日生
住所			
病名			
注意事項等			
<p>上記の者は、一般に認められている医学的知見に基づき、がん末期だと判断できる。</p> <p>始良市長 様</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関名 _____</p> <p>医師名 _____ (署名または記名押印)</p>			

* 介護保険における特定疾病の診断基準に準ずる。