

様式第 2 （第 5 条関係）

稲沢市若年がん患者在宅療養支援に係る意見書

ふりがな		生年 月日	年 月 日
氏 名			
住 所	〒		
病 名			
注意事項等			
上記の者は、一般に認められている医学的知見に基づき、「末期がん」であると判断します。			
稲沢市長 殿			
年 月 日			
医療機関名			
医師名（自署）			

備考 用紙の大きさは、日本産業規格 A 4 とする。