

意見書

フリガナ		生 年 月 日	年 月 日
氏 名			
住 所	砥部町		
<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、がんと診断し、砥部町若年がん患者在宅療養支援事業実施要綱第2条第2号に掲げる者に該当すると判断します。</p> <p>(宛先) 砥部町長</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>(医療機関名及び所在地) _____</p> <p>(電話番号) () _____</p> <p>(医師名) _____ (印)</p>			

※医師名は、自署してください。

※支援事業の実施に当たり、必要があるときは、問合せをすることがありますので御理解ください。