

意見書

ふりがな		生 年 月 日	年 月 日
氏名			
住所	四国中央市		
特記事項等			
<p>一般に認められている医学的知見により、がんと診断し、四国中央市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) 四国中央市長</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>(医師氏名) _____</p>			

備考

- 1 医師氏名は、自署してください。
- 2 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。