様式第２号（第４条関係）

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 |  |
| 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。　（宛先）四国中央市長　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　　　　　　　（医療機関名及び所在地）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（電話番号）　　　　　　 （　　　　）　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（医師氏名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

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。