

様式第2（第5条関係）

江南市若年がん患者在宅療養支援事業に係る医師の意見書

ふりがな		生年 月日	年 月 日生
氏 名			
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、「末期がん」であると判断します。</p> <p>江南市長 様</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関名 _____</p> <p style="text-align: center;">医師名 _____</p>			

備考 医師が署名する場合は、押印を省略することができます。