

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			
<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、大洲市若年がん患者在宅療養支援事業実施要綱第2条第2号に掲げる要件に該当するものと判断できる。</p> <p>大洲市長 様</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">医療機関住所 _____</p> <p style="text-align: right;">医療機関名 _____</p> <p style="text-align: right;">医 師 名 _____ (印)</p>			

※医師名は、自署してください。