様式第２号（第６条関係）

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 |  |
| 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。大洲市長　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日医療機関住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医　師　名　　　　　 　　　　　　　　　 ㊞ |

　※医師名は、自署してください。