

意見書

| | | | |
|------|------|------------|-------|
| フリガナ | | 生 年 月 日 | 年 月 日 |
| 氏 名 | | | |
| 住 所 | 宇和島市 | | |

上記の者は、一般に認められている医学的知見に基づき、がんと診断し、宇和島市若年がん患者の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。

宇和島市長 様

年 月 日

(医療機関名及び所在地) _____

(電 話 番 号) () _____

(医 師 名) _____ 印

※医師名は、自署してください。

※支援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ので御理解ください。