

第2号様式（第5条関係）

意見書（日進市若年がん患者在宅療養費補助事業）

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、がんと診断され、一般的に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態であると判断します。</p> <p>日進市長 宛て</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（自署） _____</p>			