

東大阪市若年がん患者在宅療養支援事業にかかる意見書

ふりがな		生年月日	年 月 日生
氏名			
住所			
病名			
特記事項			

上記の者は、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のがん患者であり、在宅療養生活への支援及び介護が必要な者と判断します。

（判断年月日：_____年 月 日）

（宛先）東大阪市長

_____年 月 日

医療機関名 _____

住 所 _____

電話番号 _____

医師名 _____ 印 _____

（自署の場合は押印不要）