

第2号様式（第5条関係）

意見書（草加市AYA世代がん患者在宅療養生活支援事業）

ふりがな		生年 月日	年 月 日
氏名			
住所			
病名			
症状・ 注意事項等			
<p>上記の者は、_____年_____月時点において医学的知見に基づき、がん末期の状態にあると判断できる。</p> <p>草加市長 宛て</p> <p>年 月 日</p> <p><u>医療機関名</u></p> <p><u>医師名</u></p> <p>※自署でない場合は押印してください。</p>			