

第2号様式（第5条関係）

清須市若年がん在宅ターミナルケア支援事業意見書

ふりがな			
氏名		生年月日	年 月 日
住所	清須市		
病名			
注意事項等			
<p>上記の者は、一般に認められている医学的知見に基づき、末期がんであると判断します。</p> <p>清須市長 様</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 _____</p>			

備考 医師が署名する場合は、押印を省略することができます。