様式２

亀岡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 | □一般的に認められている医学的知見に基づき、治る見込みがない状態（末期がん）に至ったと判断した。 |
| 特記事項 |  |
| 　（判断年月日：　　　　　　　　年　　　月　　　日）亀岡市長　あて年　　　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） |