

様式2

亀岡市若年がん患者在宅療養支援事業にかかる医師意見書

ふりがな		生年月日	年 月 日
対象者氏名			
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。 判断年月日：年 月 日		
特記事項			
年 月 日 (宛先) 亀岡市長 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)			