様式第２号（第４条関係）

西尾市若年がん患者在宅療養支援事業意見書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日 | 　　年　　月　　日生 |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 | 〒 |
| 病　　名 |  |
| 注意事項等 |  |
| 　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。（宛先）西尾市長　年　　　月　　　日　医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　医師名（自署）　　　　　　　　　　　　　　　 |