

意見書

ふりがな		生年 月日	年 月 日
氏 名			
住 所			
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、新居浜市若年がん患者在宅療養支援事業実施要綱第2条第3号に掲げる要件に該当するものと判断します。</p> <p>(宛先) 新居浜市長</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>医療機関所在地 _____</p> <p>医療機関名 _____</p> <p>電話番号 _____ () _____</p> <p>医 師 名 _____ ⑩ _____</p>			

※医師名は、自署してください。

※支援事業の実施に当たり、必要があるときは、問合せをすることがありますので御理解ください。