

所沢市若年成人世代がん患者在宅ターミナルケア支援事業意見書

フリガナ			
氏名		生年月日	年 月 日
住所			
病名			
症状・ 注意事項等			
<p>上記の者は、____年 ____月 ____日時点でがん（医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る。）であると診断します。</p> <p>（宛先）所沢市長</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;">所在地</p> <p style="text-align: center;">電話番号</p> <p style="text-align: center;">医師名</p> <p style="text-align: right;">自署でない場合は押印してください。</p>			