様式２

垂水市若年末期がん患者に対する療養支援事業
意　見　書

<table>
<tr><td>ふりがな</td><td></td><td rowspan="2">生年
月日</td><td rowspan="2">昭和・平成
年　　月　　日生</td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td></td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>病　　名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>注意事項等</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>

上記の者は，一般に認められている医学的知見に基づき，がん末期だと判断できる。

垂水市長　様

平成　　年　　月　　日

医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医　師　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞