

様式第2号（第5条関係）

意見書（行田市若年者在宅ターミナルケア支援事業）

ふりがな			
氏名		生年月日	年 月 日
住所	行田市		
病名			
注意事項			
<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、がん末期（回復の見込みがない状態）と判断できる。</p> <p>行田市長</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>医療機関名 _____ 所在地 _____ 電話番号 _____ 医師名 _____</p> <p style="text-align: right;">※自署できない場合は押印してください。</p>			