

第1号様式（第3条関係）

意見書（越谷市若年がん患者在宅ターミナルケア支援事業）

フリガナ		生年 月日	年 月 日
氏 名			
住 所			
病 名			
症状・ 注意事項等			
上記の者は、_____年 月時点でがん末期（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がない状態に至ったと判断したものに限る。）と判断できる。 越谷市長 宛 年 月 日 医療機関名_____ 医 師 名_____ ※自署でない場合は押印してください。			