

様式第2号（第5条関係）

若年者在宅ターミナルケア支援事業意見書

ふりがな			
氏名		生年月日	年 月 日
住所			
病名			
備考			

上記の者は、一般に認められている医学的知見に基づき、がん末期である（回復の見込みがない状態）と判断できる。

加須市長 様

年 月 日

医療機関名 _____

所在地 _____

電話番号 _____

医師名 _____

※自署でない場合は押印してください。