

様式第 1 号（第 4 条関係）

寄居町若年がん患者在宅療養支援事業意見書

ふりがな 氏 名		生年月日	年 月 日生
住 所			
病 名			
備 考			

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み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。

（宛先） 寄居町長

年 月 日

医療機関名 _____

所在地 _____

電話番号 _____

医 師 名 _____ 印

※自署でない場合は押印してください。