

医 師 意 見 書

（大郷町若年がん患者在宅療養支援事業）

ふりがな		生年月日	年 月 日
氏 名		年 齢	歳
住 所	大郷町		
病 名			
注意事項等			

上記の者は、一般に認められている医学的知見に基づき、大郷町若年がん患者在宅療養支援事業実施要綱第 2 条第 2 号に掲げる要件に該当する者と判断できる。

大郷町長 殿

年 月 日

医療機関名

住 所

電 話 番 号

医 師 名 ㊞

（自署の場合は押印省略可）

※大郷町若年がん患者在宅療養支援事業実施要綱第 2 条第 2 号：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がん患者であること