別記様式第２号（第５条関係）

意見書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年  月日 | 年　 　月　 　日 |
| 氏 名 |  |
| 住 所 | 今治市 | | |
| 上記の者は、一般に認められている医学的知見に基づき、がんと診断し、今治市若年がん患者  在宅療養支援事業実施要綱第２条第２号に掲げる者に該当すると判断します。      （宛先）今治市長      年　　　月　　　日                （医療機関名及び所在地）  （電 話 番 号）        （医 師 名） | | | |

注　支援事業の実施に当たり、必要があるときは、問合せをすることがありますので御理解くだ

さい。