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。