

意見書

ふりがな		生 年 月 日	年 月 日
氏 名			
住 所	玉村町大字		
病 名			
注意事項等			
<p>上記の者は、医学的知見に基づき、がんと判断できる（※）。</p> <p>（*医師が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）</p> <p>（宛先）玉村町長</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">年 月 日</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">医療機関住所 _____</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">医療機関名 _____</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">医師名（自署） _____</p>			

※介護保険における特定疾病の「がん」の定義に準じる。