

第2号様式（第7条第1項）

木更津市若年がん患者在宅療養支援事業利用に係る意見書

ふりがな		生年月日	年 月 日生
氏 名			
住 所			
病 名 及び 診断年月日	病 名	診断年月日	
		年 月 日	
特記事項			
上記の者は、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する。 木更津市長 あて 年 月 日 医療機関名 _____ 住 所 _____ 電 話 番 号 _____ 医 師 名 _____ ⑩ (自署の場合は押印不要)			