

第2号様式（第6条関係）

海老名市若年がん患者在宅療養支援事業に係る医師の意見書

ふりがな		生年月日	年 月 日
在宅療養者 氏 名		年 齢	歳
住 所	〒 電話番号		
病 名			
注意事項等			
<p>上記の者は、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できる。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関名</p> <p style="text-align: center;">所在地</p> <p style="text-align: center;">電話番号</p> <p style="text-align: center;">医 師 名（自署）</p>			