

様式第2号(第4条関係)

春日部市小児・AYA世代がん患者ターミナルケア在宅療養生活支援事業意見書

ふりがな		生年 月日	年 月 日
氏 名			
住 所			
病 名			
症状・ 注意事 項等			
<p>上記の者は、<u> </u>年<u> </u>月時点でがん末期(医師が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したものに限る。)であると判断できる。</p> <p>(あて先)春日部市長 あて</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関名</p> <hr/> <p style="text-align: center;">医 師 名</p> <p style="text-align: center;">※自署でない場合は記名押印してください。</p>			