

意見書（川口市 A Y A 世代がん患者在宅療養支援事業）

ふりがな		生年	年	月	日
氏 名		月 日			
住 所					
病 名					
症状・注意事項等					
上記の者は、_____年_____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。）と判断できる。 （あて先）川口市長 年 月 日 <u>医療機関名</u> <u>医 師 名</u>					