様式第２号（第５条関係）

薩摩川内市若年者の在宅ターミナルケア支援事業

意　　見　　書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年  月日 | 年　　月　　日生 |
| 氏　　　名 |  |
| 住　　　所 |  | | |
| 病　　　名 |  | | |
| 注意事項等 |  | | |
| 上記の者は、一般に認められている医学的知見に基づき、がん末期だと判断できる。  薩摩川内市長　様  　　　　　年　　　月　　　日  医療機関名  医　師　名　　　　　　　　　　　　㊞ | | | |