

# 意見書

（別府市AYA世代がん患者在宅ターミナルケア支援事業）

ふりがな			
氏名		生年月日	年 月 日
住所	別府市		
病名			
症状及び 注意事項等			
<p>上記の者は、_____年 _____月 時点で がん（介護保険における特定疾病の「がん」の定義及び診断基準に該当する者に準ずる。）と判断できる。</p> <p>（宛先） 別 府 市 長</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;">医 師 名 _____</p> <p style="text-align: center;">※自署でない場合は押印してください。</p>			