

様式第2号（第7条関係）

掛川市小児・若年がん患者在宅療養生活支援に関する医師の意見書

| | | | | | |
|---|--|----|---|---|-----|
| ふりがな | | 生年 | 年 | 月 | 日生 |
| 氏名 | | 月日 | | | （歳） |
| 住所 | | | | | |
| 病名 | | | | | |
| 注意事項等 | | | | | |
| <p>上記の者は、一般に認められている医学的知見に基づき、掛川市小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業実施要綱第3条第2号に掲げる要件に該当し、がんにより介護サービスを利用し得る状態であると判断できる。</p> <p>（あて先）掛川市長</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">医療機関名 _____</p> <p style="text-align: right;">医師名 _____</p> <p style="text-align: right;">（署名又は記名押印をしてください。）</p> | | | | | |