様式第２号（第５条関係）

熊谷市若年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			

上記の者は、　　年　　月　　日時点でがん（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。）であると診断します。

熊谷市長宛

年　　月　　日

医療機関名

所在地

電話番号

医師名

※自署でない場合は押印してください。