

様式第2号（第7条関係）

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 月 日	年 月 日生 (歳)
氏 名			
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、御殿場市小児・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 style="text-align: center;">御殿場市長 様</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 _____ 印</p>			

