

第2号様式(第5条関係)

医師による意見書

ふりがな		生年月日	年 月 日
氏名			
住所	〒		
病名			
要綱第2条第2号に該当した日	年 月 日		
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、知多市若年がん患者在宅療養支援事業補助金交付要綱第2条第2号に該当すると判断できる。</p> <p>知多市長 様</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;">所在地 _____</p> <p style="text-align: right;">電話番号 _____</p> <p style="text-align: right;">医師名(自署) _____</p>			