

様式第2号

蓮田市若年者在宅ターミナルケア支援事業意見書

ふりがな		生年 月日	年 月 日
氏名			
住所			
病名			
症状・注意事項等			
<p>上記の者は、<u> </u>年 <u> </u>月時点でがん末期（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。）と診断できる。</p> <p>（宛先）蓮田市長</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;"><u>医療機関名</u></p> <p style="text-align: center;">（所在地）</p> <p style="text-align: center;">（電話番号）</p> <p style="text-align: center;"><u>医師名</u></p> <p style="text-align: right;">※自署でない場合は押印してください。</p>			

