

医師の意見書
(志木市AYA世代がん患者在宅療養生活支援に関する意見書)

ふりがな		生年月日	
氏 名			
住 所			
病 名			
症状・ 注意事項等			

上記の者は、 年 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。）と判断できる。

（あて先）志木市長

年 月 日

医療機関名

医師名

※自署でない場合は押印してください。