

様式第 1 号（第 4 条関係）

朝霞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			
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。

（宛先）朝霞市長

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。