

様式第 1 号（第 4 条関係）

川越市若年がん患者在宅ターミナルケア支援事業意見書

フリガナ		生年月日	年 月 日
氏 名			
住 所			
病 名			
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）川越市長 年 月 日 医療機関名 医 師 名 ※自署でない場合は押印をしてください。			