

新座市AYA世代がん患者在宅療養支援事業意見書

フリガナ		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）新座市長

年 月 日

医療機関名

医師名

※署名又は記名押印してください。