

様式第2号（第5条関係）

意見書

フリガナ		生年月日	年 月 日
氏名			
住所	伊予市		
<p>上記の者は、一般に認められている医学的知見に基づき、がんと診断し、伊予市若年がん患者在宅療養支援事業実施要綱第2条第2号に掲げる者に該当すると判断します。</p>			
伊予市長		様	
		年 月 日	
(医療機関名及び所在地)		_____	
(電話番号)		( )	
		_____	
(医師名)		_____	

※医師名は、自署してください。

※ 支援事業の実施に当たり、必要があるときは、問合せをすることがありますので御理解ください。