

様式第2号(第6条関係)

幸手市若年者在宅ターミナルケア支援事業意見書

ふりがな	
氏名	
生年月日	年 月 日
住所	
病名	(診断日)
症状 注意事項 等	
<p>(あて先) 幸手市長</p> <p>上記の者は 年 月時点でがん末期(※1)と診断できる。</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関</p> <p>住所</p> <p>医師名 (自著又は押印)</p>	

※1 医師が一般的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