

第2号様式（第6条関係）

葉山町若年がん患者在宅療養支援事業に係る医師の意見書

フリガナ	生年月日	
氏名	年 月 日	
	年齢 歳	
住所	〒 — 電話番号	
病名		
注意事項等		
上記の者は、医学的知見に基づき、葉山町若年がん患者在宅療養支援事業実施要綱第2条第2号（※）に掲げる要件に該当するものと判断できる。		
葉山町長あて		
年 月 日		
<u>医療機関名</u>		
<u>住 所</u>		
<u>電話番号</u>		
<u>医 師 名</u>		印
(自署の場合は押印不要)		

※葉山町若年がん患者在宅療養支援事業実施要綱第2条第2号：がんに罹患した者のうち、医師の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された者