

様式第 2 号（第 5 条関係）

泉佐野市がん患者在宅療養支援事業医師意見書

対 象 者	フリガナ	
	氏 名	
	生 年 月 日	
	住 所	泉佐野市
病 名		
注意事項等		
上記の方は医学的知見に基づき回復の見込みがない状態（末期）に至ったと判断いたします。 泉佐野市長 様 年 月 日 医療機関名 医師名		