

意見書

（東松山市 A Y A 世代在宅ターミナルケア支援事業）

ふりがな		生年	年 月 日
氏名		月日	
住所	東松山市		
病名			
症状・ 注意事項等			
<p>上記の者は、 年 月時点で、がん末期であり、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できる。</p> <p>（宛先）東松山市長</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関名 _____</p> <p>医師名 _____</p> <p>※自署でない場合は押印してください。</p>			