

田原市若年がん患者在宅療養支援事業意見書

ふりがな		生年 月日	年　　月　　日生
氏　名			
住　所	〒		
病　名			
注意事項等			
上記の者は、支援事業利用開始予定日において、一般に認められている医学的知見に基づき、田原市若年がん患者在宅療養支援事業補助金交付要綱第2条第1項第2号に掲げる要件に該当するものと判断できる。			
田原市長 殿			
年　　月　　日			
<u>医療機関名</u>			
<u>医　師　名</u> 印			
※自署の場合は、押印不要			