

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			
<p>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。</p> <p>田原市長 殿</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関名 _____</p> <p style="text-align: center;">医 師 名 _____ 印</p> <p style="text-align: right;">※自署の場合は、押印不要</p>			