

[様式第2号]

若年者在宅ターミナルケア支援事業

意見書

フリガナ		生年	昭和・平成		
氏名		月日	年	月	日生
住所					
病名					
注意事項等					

上記の者は、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。

加古川市長 様

年 月 日

医療機関名称 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

医師名 \_\_\_\_\_

メールアドレス \_\_\_\_\_