様式２

**三田市若年者在宅ターミナルケア支援事業意見書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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、一般に認められている医学的知見に基づき、がん末期（回復の見込みがない状態に至った）と判断できる。  三田市長　あて  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日  医　師　名  医療機関名  所　在　地  電 話 番 号 | | | |