

小児・若年がん患者在宅療養生活支援に関する医師の意見書

ふりがな		生年月日	年	月	日生
氏名			(		歳)
住所					
病名					
支援を行う際に注意すべき事項等					
<p>上記の者は、一般に認められている医学的知見に基づき、森町小児・若年がん患者在宅療養生活支援事業助成実施要綱第3条第2号に掲げる要件に該当し、がんにより在宅療養生活支援サービスを利用することが必要な状態であると判断する。</p> <p>森町長 様</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: center;">連絡先 _____</p>					