

様式第 3 号

意見書（佐野市在宅ターミナルケア支援事業）

ふりがな		生年 月日	年 月 日
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、佐野市在宅ターミナルケア支援事業実施要綱第 2 条第 2 号に掲げる要件に該当するものと判断できる。 佐野市長 様 年 月 日 医療機関名 _____ 住 所 _____ 電話番号 _____ 医 師 名 _____ (印)			

※ 佐野市在宅ターミナルケア支援事業実施要綱第 2 条第 2 号：がん患者（医師が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したものに限る。）