

第2号様式（第5条関係）

医師の意見書

年 月 日

（宛先） 富士市長

(ふりがな) 氏名		生年月日	S H R 年 月 日 ( 歳)
住所			
病名			
<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、富士市若年がん患者在宅療養生活費補助金交付要綱第3条第1号に掲げる要件に該当し、がんにより対象サービスを利用し得る状態であると判断できる。</p> <p style="text-align: center;">医療機関名 _____</p> <p style="text-align: center;">医 師 名 _____</p> <p style="text-align: center;">（氏名を自書しない場合は、記名押印すること。）</p>			