

医師の意見書

ふりがな		生年 月日	年 月 日
氏 名			
住 所			
病 名			
注意事項等			
<p>上記の者は、医学的知見に基づき、がんと判断できる（※）。</p> <p>明和町長 様</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関住所 _____</p> <p style="text-align: center;">医療機関名 _____</p> <p style="text-align: center;">医師名（自署） _____</p>			

※介護保険における特定疾病の「がん」の定義に準じる。