様式第２号（第６条関係）

意　　見　　書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日 | 　　　　年　　月　　日生　　　　　　　　（　　　歳） |
| 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、和歌山県若年がん患者在宅療養支援事業実施要綱第３条第３号の要件に該当するものと判断できる※。和歌山県知事　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師名（自署）　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

※要介護認定の特定疾病の診断基準に準ずる。

必要があるときは、お問い合わせする場合がありますのでご了承ください。