

様式第2号（第5条関係）

意見書（足利市在宅ターミナルケア支援事業）

ふりがな		生年月日
氏名		年 月 日
住所		
病名		
注意事項等		
<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、足利市在宅ターミナルケア支援事業実施要綱第2条第3項に掲げる要件に該当するものと判断できる。</p> <p>（あて先） 足利市長</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>医療機関名 _____</p> <p>住所 _____</p> <p>電話番号 _____</p> <p>医師名 _____</p>		

※足利市在宅ターミナルケア支援事業実施要綱第2条第3号：がん患者（医師が一般に認められている医学的な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。）