様式第２号（第４条関係）

医　　師　　の　　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、亀山市AYA世代等のがん患者に対する在宅療養支援事業実施要綱に規定する亀山市AYA世代等のがん患者に該当するものと判断できる※。亀山市長　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。