

意見書

ふりがな		生 年 月 日	年 月 日
氏 名			
住 所			
<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>【がんと判断できる状況になった年月日】</p> <p>_____年 _____月 _____日（下記の日付と同一の場合は記載不要）</p> <p>（その他の事項）</p> <p>香春町長</p> <p>_____年 _____月 _____日</p> <p>医療機関名 _____</p> <p>医 師 名 _____ 印</p>			

※ 介護保険法施行令第2条第1号に規定する特定疾病の「がん」の定義に準じる。