

意見書

ふりがな		生 年 月 日	年 月 日
氏名			
住所			
<p>以上の者は、医学的知見に基づき、がんと判断できる（※）。</p> <p>志免町長 殿</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関名 _____</p> <p>医 師 名 _____</p> <p>※本人が署名されない場合は、記名押印してください</p>			

※介護保険における特定疾病の「がん」の定義に準じる。