様式第２号（第６条関係）

意見書

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

※介護保険における特定疾病の「がん」の定義に準じる。