

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>直方市長 様</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関名 _____ （自書又は記名押印）</p> <p>医 師 名 _____ 印</p>			

※ 介護保険における特定疾病の「がん」の定義及び診断基準に準じる。