

## 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>筑後市長 様</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関名 _____</p> <p>医 師 名 _____ 印 (署名又は記名押印)</p>			

※ 介護保険法施行令第2条第1号の「がん」の定義に準ずる。