

意見書

ふりがな		生 年 月 日	年 月 日
氏名			
住所			

上記の者は、医学的知見に基づき、がん（※）と判断できる。

筑後市長 様

年 月 日

医療機関名 _____

医 師 名 _____ 印
(署名又は記名押印)

※ 介護保険法施行令第 2 条第 1 号の「がん」の定義に準ずる。