

第 2 号様式（第 5 条関係）

北区若年がん患者在宅療養支援事業に係る医師の意見書

フリガナ		生 年 月 日	年 月 日
氏 名			
住 所			
病 名			
注意事項等			
上記の者は、一般に認められている医学的知見に基づき、東京都北区若年がん患者在宅療養支援事業実施要綱第 2 条第 2 項に掲げる要件に該当するものと判断できる。 北区長 殿 年 月 日 医療機関名 _____ 住所 _____ 電話番号 _____ 医師氏名 _____			

東京都北区若年がん患者在宅療養支援事業実施要綱第 2 条第 2 項
がん患者（医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断した者に限る。）