

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（※）。			
みやま市長 様			
年 月 日			
医療機関名 _____			
医 師 名 _____ 印			

※ 介護保険における特定疾病の「がん」の定義に準じる。