

様式第2号（第3関係）

緩和ケア用品購入等に関する意見書

|      |             |
|------|-------------|
| 氏名   |             |
| 住所   | 北上市         |
| 生年月日 | T・S・H 年 月 日 |
| 病名   |             |

上記の者は、北上市がん対策基金活用事業実施要綱第3に規定する緩和ケア用品が必要な状態であると認めます。

北上市長 様  
年 月 日

所在地 \_\_\_\_\_

医療機関名 \_\_\_\_\_

医師氏名 \_\_\_\_\_ (印)

( 代理記入者氏名 \_\_\_\_\_ (印)  
職名 \_\_\_\_\_  
連絡先 \_\_\_\_\_ )

- ※1 医師氏名の記載は必須とします。
- 2 医師が記入できない場合、代理の者（医療社会事業士等）が記入できることとします。
- 3 氏名を自署したときは、押印を省略することができます。