

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	北上 太郎
住所	北上市 芳町1-1
生年月日	T・ <b>S</b> ・H 30 年 4 月 2 日
病名	膵臓がん

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

令和5年4月4日

医師氏名は必須

所在地 北上市●●町2-2  
医療機関名 北上市立さくら病院  
医師氏名 新穀 一男 (印)

氏名の自署であれば押印は省略が可

医師が記入できないときは医療社会事業士等の記入で可

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。