

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。
- 2 氏名を自署したときは、押印を省略することができますが、代筆の場合は押印が必要です。