様式第２（第４条関係）

支援事業意見書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  氏　　名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 住　　所 | 鹿児島市 | | |
| 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、鹿児島市若年がん患者に対する療養支援事業実施要綱第２条第３号に掲げる要件に該当するものと判断できる。  鹿児島市長　殿  　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日  医療機関名称  所在地  　　　　　　　　　電話番号  医師名　　　　　　　　　　　　　　（署名又は記名押印） | | | |