

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			
<p>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。</p> <p>鹿児島市長 殿</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>医療機関名称 _____</p> <p>所在地 _____</p> <p>電話番号 _____</p> <p>医師名 _____ (署名又は記名押印)</p>			