

様式第 2 号（第 6 条関係）

意 見 書

ふりがな		生年月日	年 月 日
氏名			
住所			
上記の者は、医学的知見に基づき、がんと判断できる。（※） 八女市長 年 月 日 医療機関名 _____ 医 師 名 _____ （医師署名又は記名押印）			

※介護保険における特定疾病の「がん」の定義に準じる。