

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（※）。

宗像市長 あて

年 月 日

医療機関名 _____

医 師 名 _____ 印

※ 介護保険における特定疾病の「がん」の定義に準じる。