

様式 2

意見書

ふりがな		生 年 月 日	年 月 日
氏名			
住所			
病名			
注意事項等			
上記の者は、医学的知見に基づき、がんと判断できる（※）。 （判断した日： _____ 年 _____ 月 _____ 日） 福岡市長 殿 年 月 日 医療機関名 _____ 医 師 名 _____			

※ 介護保険における特定疾病の「がん」の定義に準じる。