様式第２号（第５条関係）

**医師の意見書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 年　　月　　日生 |
| 氏名 |  |
| 住所 |  | | |
| 病名 |  | | |
| 注意事項等 |  | | |
| 上記の者は、一般的に認められている医学的知見に基づき、がん末期（回復の見込みがない状態に至った）と判断できる。  生駒市長　様  年　　　月　　　日  医師名　　　　　　　　　　　　　　　印  （自署の場合は押印不要）  医療機関名称  所在地  電話番号 | | | |