

医師の意見書

フリガナ			
氏名		生年月日	年 月 日生
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 _____