

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			
<p>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。</p> <p>生駒市長 様</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">医師名 _____ 印 (自署の場合は押印不要)</p> <p style="text-align: right;">医療機関名称 _____</p> <p style="text-align: right;">所在地 _____</p> <p style="text-align: right;">電話番号 _____</p>			