

高砂市若年者の在宅ターミナルケア支援事業

意見書

ふりがな			
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、一般に認められている医学的知見に基づき、回復の見込みがない状態に至ったと判断できる。</p> <p>高砂市長 様</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>医療機関名称 _____</p> <p>所在地 _____</p> <p>電話番号 _____</p> <p>メールアドレス _____</p> <p>医師名 _____</p>			