

ふりがな	くわな さくら	生年月日	平成●年 ●月 ●日
患者氏名	桑名 さくら		
病名	乳がん		
注意事項等	特記事項等あれば、ご記入ください。		
	<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、令和6年 7月 から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診断された若年がん患 者であると判断します。</p> <p>桑名市長</p> <p>令和6年 8月 1日</p> <p>医療機関名 ●● 病院</p> <p>医師名（自署） ●● ●●</p> <p>電話 0594(XX)△△△△</p>		

※要介護認定の特定疾病の診断基準に準じる。