

第2号様式（第6条関係）

医師の意見書(江戸川区がん患者等アピアランスケア支援事業)

フリガナ		生年月日	年 月 日
氏 名			
住 所			
傷 病 名			
補整具等を 必要とする 理由・症状	(理由・症状)		
	(発症日又は治療開始日)                      年      月      日		
	(治療終了(予定)日)                              年      月      日      ・ 未定		
<p>上記の者は、がん等の疾病に係る治療又は傷病に伴う外見の変化により、補整具等を必要としている者と判断できる。</p> <p>(宛先) 江戸川区長殿</p> <p style="text-align: right;">年      月      日</p> <p style="text-align: center;">医療機関の 所在地及び名称 _____</p> <p style="text-align: center;">医 師 名 _____</p>			