

様式第5号

## 同意書

下記利用者が、山口市在宅緩和ケア支援福祉サービス利用申請するにあたり、介護保険主治医意見書の写しが山口市在宅緩和ケア情報提供書の代替として提示されることに同意します。

平成 年 月 日

山口市長様

主治医 医療機関名 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

記

利用者	氏 名	男 女
	生年月日	明・大・昭 年 月 日生 ( 歳)
	住 所	山 口 市
	電話番号	