

臍帯血および造血幹細胞を必要とする医師または歯科医師の意見書

氏名および生年月日	昭和 平成												年	月	日	
傷病名																
臍帯血および造血幹細胞の搬送を必要とする理由 〔症状、その他具体的に記入してください。〕																
搬送された区間、搬送元および搬送期間	搬送区間(住所)												搬送元			
	(フリガナ)						(フリガナ)						(医療機関名)			
	搬送期間												搬送回数	搬送後		
	自		年		月		日	至		年		月		日	回	1. 入院 2. 入院外
<p>上記のとおり搬送の必要を認めます。</p> <p>医療機関の所在</p> <p>医療機関の名称</p> <p>医師の氏名 (印)</p> <p>電話番号 ()</p>																

(注意事項)

数字または文字を訂正する場合は、誤った数字または文字を抹消し、その部分へ署名欄に押した印と同じ印を押してからその上に正しい数字または文字を記入してください。