

移送費申請用

<p>移送を必要とする医師又は歯科医師の意見書</p>	
<p>患者氏名</p>	
<p>生年月日 (該当する元号に☑)</p>	<input type="checkbox"/> 昭和                      年            月            日 <input type="checkbox"/> 平成
<p>傷病名</p>	
<p>移送を必要とする理由</p> <p>( 症状、その他具体的に記入してください。また、付添人が必要な場合は、人数とその必要な理由を併記してください。 )</p>	
<p>移送の方法 区間・回数</p>	
<p>移送年月日</p>	<p>平成    年    月    日 から 平成    年    月    日</p>
<p>上記のとおり移送の必要を認めます。                      平成    年    月    日</p> <p>医療機関の所在地</p> <p>医療機関の名称</p> <p>医師の氏名</p> <p>電                      話                      (                      )</p> <p style="text-align: right;">(印)</p>	