


移送を必要とする医師の意見書

所属所コード		所属所名	
組合員証 記号番号	公立秋	組合員氏名	
療養者氏名		傷病名	
初診年月日	令和 年 月 日	入院年月日	令和 年 月 日
移送を 必要と する理由			
移送の区間			
移送の方法			
<p>上記の理由で、移送の必要を認めます。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">所在地</p> <p style="text-align: center;">医療機関名</p> <p style="text-align: center;">担当医師名</p> <p style="text-align: center;">電 話</p> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">  </div>			