

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 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			
上記の理由で、移送の必要を認めます。 令和 年 月 日 所 在 地 医療機関名 担当医師名 電 話 印			