## 様式2

## 意 見 書

住所						
氏名						
生年月日	年	月	日生	(	歳)	
傷病名						
上記の患者は、	年	月 日	当院にタ	<b></b>	ミしたが、	
<b>声</b> 古		)				
東京都内 その他(		の医療	療機関での	の受診を	お勧めます。	
		,				
※付添者 不要	要	(幼少・言	高齢・病場	犬・その	)他(	))
				年	月	日
所在地						
医療機関名						
医師名						