移送費申請用

移送を必要とする医師又は歯科医師の意見書

患者氏名	
生年月日 (該当する元号に☑)	□昭和 □平成　　年　　月　　日 □令和
傷病名	
移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。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。]	
移送の方法 区間・回数	
移送年月日	令和　　年　　月　　日　から　令和　　年　　月　　日

上記のとおり移送の必要を認めます。　　令和　　年　　月　　日

医療機関の所在地
医療機関の名称
医師の氏名
電話　　(　　)

K008-1

※記入内容を訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください
　二重線上には訂正印または記入者のフルネーム署名が必要です。

受付日付印