（移送料申請書の添付書類）

移送を必要とする医師又は歯科医師の意見書

療養者氏名		生年月日	大 昭 平　　年　　月　　日	
傷病名			初診年月日	昭 平　　年　　月　　日
傷病経過の概要（局所・所見）				
移送を必要とする理由 （医学的に詳しく記入のこと）				
転移先の指定病院				
移送の方法区間・回数				
備考				

上の理由で移送の必要を認めます。

平成　　年　　月　　日

住　　所

医療機関名

担当医師名　　印