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　　（　　）