

意見書

被保険者 記号・番号	茅・	生年 月日	年	月	日
患者の氏名					
傷病名					
発病負傷年月日					
移送を必要と 認めた理由					
付添いがあった場合、 付添いを必要と認めた 理由					
移送経路	から				まで
移送方法					
移送年月日					
上記のとおり移送が必要であることを認めます。					
年 月 日					
医療機関の所在地					
医療機関の名称					
医師又は歯科医師の氏名					
印					

