

この意見書は医師に証明してもらってください。

移送費・家族移送費請求にかかる意見書

I 移送者氏名

(年 月 日生)

II 移送を必要と認めた理由

(付添いがあった場合は、併せてその付添いを必要と認めた理由)

III 入院期間並びに医療機関の名称及び所在地

(1) 入院期間

(2) 医療機関の名称及び所在地

IV 移送の方法及び経路

(1) 移送の方法

(2) 経路 (詳しく)

(3) 移送先

上記のとおり意見します。

令和 年 月 日

病院または診療所の 所在地 〒 -

名称

TEL () - -

医師名