

意見書

氏 名

生 年 月 日 年 月 日生 (歳)

傷 病 名

上記の者は 年 月 日時点で、

の理由で、寝台自動車による移送の必要を認めます。

年 月 日

医療機関名

所 在 地

医 師

印