

移送を必要とする意見書

被保険者番号	ながさき	患者氏名	
移送を必要とする区間	～		
移送方法			
傷病名			
移送を必要とする理由			
<p>上記の理由で移送の必要を認めます。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>保険医 住所</p> <p>カガナ 氏名 (署名)</p> <p>(電話番号 - -)</p> <p>(あて先) 長崎市長</p>			