

## 移送に係る医師等の意見書

患者氏名			
傷病名			
移送を必要とする理由			
移送区間	から	まで	
移送の方法			
移送年月日	年	月	日
	移送回数		

上記のとおり移送の必要を認めます。

令和 年 月 日

医療機関名

医療機関所在地

医師氏名