

臓器・臍帯血等移植に係る医師の意見書

患者氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和
傷病名		派遣・搬送 年月日	年 月 日
派遣・搬送を必要 と認めた理由	※症状等を具体的に記入してください。また、医師の派遣・付添人があった場合は派遣・付添人を認めた 人数、理由も記入してください。		
派遣・搬送経路			
派遣・搬送手段			
上記のとおり相違ありません。 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> 医療機関の所在地 年 月 日 医療機関の名称 医師の氏名 電話番号 </div>			

(注意事項)

ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名（サイン）をご記入ください。