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**	□ 昭和 □ 平成　　年　　月　　日 □ 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。

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

（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。