

# 意見書

記号番号			-				資格	一般・退職本人・退職被扶養	
氏名	(男・女)								
生年月日	昭和・平成 年 月 日								
傷病名及び発病年月日									
(負傷年月日)				平成 年 月 日					
移送を必要とする医師又は歯科医師の意見	移送区間	~ ( km )							
	移送方法					移送年月日	平成 年 月 日		
	移送回数	回				費用見積額	円		
	付添人を必要とした理由 ..... 入院治療又は転医の理由(転医については、転医先を決めた理由も記入願います。) ..... ..... ..... .....								
平成 年 月 日 診断  医療機関の所在地  医療機関の名称  医師又は歯科医師名									