

第7号様式(第6条関係)

転 院 理 由 書										
受療者	ふりがな				性別	男・女	生年	年 月 日		
	氏名					月日				
養育医療券	公費負担者 番号				受給者 番号					
	有効期間		年 月 日～			年 月 日				
転院年月日		年 月 日								
転院の理由										
<p>(受療者氏名)</p> <p>_____ について、上記理由により転院を必要とする。</p> <p>年 月 日</p> <p>指定医療機関 所在地</p> <p>医療機関名</p> <p>医師名</p>										