

移送承認申請書

受療者氏名		※受療者番号	
担当 医師の 意見	移	移送区間	
		移送方法	
	送	移送年月日	年 月 日
		移送を必要と認める理由	
		費用見積額	
<p>年 月 日</p> <p>指定養育医療機関</p> <p>所在地</p> <p>名称</p> <p>電話番号</p> <p>担当医師 氏名</p> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> 印 </div>			
やむを得ない理由で 事後において申請する ときは、その理由			
<p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>申請者住所</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: center;">電話番号</p> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> 印 </div> <p style="text-align: right; margin-top: 10px;">うるま市長 様</p>			
※申請受付日 年 月 日	年 月 日	※決定日 年 月 日	年 月 日

(注) ※欄は、記入しないで下さい。