

第3号様式（第4条関係）

転院理由証明書

受療者	ふりがな 氏名		性別		生年 月日	年 月 日
	居住地					
	住所					
転院が必要な理由						
<p>上記のとおり転院が必要と認めます。</p> <p>年 月 日</p> <p>指定養育医療機関 の名称及び所在地 担当医師の氏名</p> <p>東員町長 様</p> <p style="text-align: right;">印</p>						