院内書式 8

緊 急 搬 送 先

当院は、緊急搬送先として以下の医療機関を指定致します。

記

医療機関名　：
病院長名　：
住　所　：〒
　　：
電話番号　：

西暦　　年　月　日

院　長　　印

以上