

申 立 書

年 月 日

三春町長 様

住 所
申請者 氏 名 印
電話番号

私は、次の理由により居住する三春町の医療機関又は最寄りの医療機関で人工透析を受けることができませんので、申し立てします。

理 由

通院する医療機
関の医師の意見

年 月 日

医療機関 所 在 地
名 称
医師の氏名 印
電 話 番 号