様式　３

移管通知書

　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　病院管理者　様

広島県　　保健所長

　貴院に措置入院している次の者の管轄を，当該入院者の住所地を管轄する保健所に移動しました。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 入　院　者 | 氏　名 | 　（男・女） | 生年月日 |  | 年　　月　　日 |
| 住　所 |  |
|  |  |
| 移　管　先 | 名　称 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 備考 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 公費負担者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |