様式１

**医療保護入院患者等搬送業務実施通知書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（保健所長等名）

　次のとおり，医療保護入院患者等搬送業務を実施してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療保護  入院患者等 | 氏　名 | （男・女） | 生年月日 | 年　 月　 日 |
| 搬送日 | | 年 月 日 | | |
| 搬　　送　　経　　路 | | から まで | | |
| 備　　　　考 | |  | | |