様式第3号(第1条関係)

|  |  |
| --- | --- |
| 申立書  年　　月　　日  　　　田村市長　様  申請者　氏名　　　　　　　　　　　㊞  　次の理由により居住する田村市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ないことを申し立てます。 | |
| 理由 |  |
| 通院する医療機関の医師の意見 | 年　　月　　日  医療機関名  医師の氏名　　　　　　　　　　㊞ |