

宮古島市以外の聴覚診療等に係る必要性に係る意見書

宮古島市長 様

申請者記載

1. 患者情報

フリガナ		生年月日	年 月 日
氏名			
住所		電話番号	

医師等記載

2. 上記の者の診療名称

診療名称		診断日	年 月 日
------	--	-----	-------

3. 宮古島市以外の医療施設等における診療等の必要性について
(当てはまるものに全て☑、その他の場合は理由を記載して下さい。)

- ・宮古島市では困難な専門的な診断・診療等が必要である
- ・その他 ()

年 月 日	
医療機関名	
所在地	
医師名	印

※各年度において1回目の申請時のみ意見書の提出が必要です