

島外で医療を受けたことの証明書

【保護者記入欄】

対象児氏名 _____

年 月 日生 (男 ・ 女)

住 所 鹿児島県大島郡和泊町大字 _____

【医師記入欄】

1 傷 病 名 _____

2 手 術 名 _____

3 内 容 _____

4 当院による術後ケア

必要 処置予定日 年 月 日

処置内容 _____

不要 (島内の医療機関で可能)

上記の者が、当院で医療を受けたことを証明する。

年 月 日

住 所

医 療 機 関 名

医 師 名

印

※ 本事業は、離島における医療受診の経済的負担の軽減及び子どもの成長を育むことを目的としております。