

医療機関提出用「基本情報」

【保護者の皆様へ】

郵送で医療意見書作成依頼の際には、下記項目を記入の上、返信用封筒（切手貼付・住所記載）と一緒に医局宛お送りください
用紙の原本をお持ちの場合は同封願います

送付先：〒329-0498 栃木県下野市薬師寺 3311-1 自治医科大学移植外科
 医局 小林一恵 宛

受給者番号	
有効期限	年 月 日 期限切れの場合 新規 更新 【どちらかに○を】
氏名	
I D	
原疾患名	
生年月日	
出生都道府県	
出生体重	
就学就労状況 (○印)	就学前、小中学校、特別支援学校、高校、大学、就労、 未就労かつ未就学、その他 ()
母親の生年月日	
返送期日	

※書類記入には2週間ほどお時間をいただきます。ご了承ください。