

申 立 書

年 月 日

南会津町長

申請者氏名 \_\_\_\_\_ ⑩

私は、次の理由により居住する南会津町の医療機関又は最寄の医療機関で人工透析を受けることができませんので申し立てます。

理 由

通院する医療  
機関の医師の  
意 見

医療機関名 \_\_\_\_\_

医師の氏名 \_\_\_\_\_ ⑩