第17号様式

治療材料

移送

施術

看護

|  |  |
| --- | --- |
| 第　　　　　号  　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　殿  御杖村長　　　　　　　　　　印  治療材料等承認通知書  　　　月　　日付け申請のあつた　　　　　　について下記のとおり承認します。  記 | |
| 承認期間及び回数又は名称及び数量 |  |
| 概算額 |  |
| その他 |  |

注　当該指定医療機関に対し写しを送付すること。