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。