

# 申立書

平成 年 月 日

鏡石町長様

申請者氏名

印

私は、次の理由により居住する鏡石町の医療機関又は最寄り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 印