

要領様式 3

<p style="text-align: center;">養育医療継続承認協議書</p>		認	承認・不承認
		定	番号
受給者番号			
患者氏名			
医療継続を要する理由			
医療継続を要する期間			
<p>上記のとおり医療継続の承認を協議します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">医療機関名</p> <p style="text-align: right;">担当医師</p> <p style="text-align: right;">(印)</p> <p>草津町長 あて</p>			