

急患輸送同意書

乗船日	令和 年 月 日 (曜日)	乗船区間	港 ~ 港
船名	フェリー おき しらしま くにが	時間	: 発 ~ : 着

急患者氏名		年齢 歳	性別 男・女
住所	隠岐郡	電話番号	
急輸の理由			
受入機関名	電話番号		

※ 受入機関名は入院または受診先があれば記入してください。

付添医師氏名	有・無		所属機関	
付添看護師氏名	有・無		所属機関	
付添人氏名		年齢 歳	性別 男・女	
住所	隠岐郡	電話番号		
患者との続柄				

隠岐汽船株式会社 殿

上記、急患の輸送にあたり、時化、事故、機関故障による船舶の動揺、又はこれらの事由による船舶の欠航や遅延及び航路変更措置などによる患者への責任は、一切とわないことに同意いたします。

令和 年 月 日

申込者氏名 ㊞

患者との続柄 ㊞

住所 隠岐郡

電話番号