

(様式3)

「志村大輔基金」給付申請主治医推薦状

記入年月日 20 年 月 日

患 者 名 _____

患者生年月日 (西暦) _____

病 名 _____

発 病 時 期 _____

治 療 内 容 (使用薬剤名・投薬量、妊孕性温存の必要性、移植適応等)

推 薦 内 容

通院頻度 _____ 月に一度

病 院 名 _____

診 療 科 目 _____

主 治 医 名 _____ (自署)

推薦状の文書料については特段のご配慮をいただければ幸いです。