|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  　　　　　　　　　　　転　　医　　届 | 認定番号 |  |
| 被災職員 | 所属 | 名称 |  | 傷病名 |  |
| 所在地 |  |
| 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 現在受診している医療機関 | 所在地 |  |
| 名称 |  |
| 診療期間 | 年　月　日から　 年　月　日 | 診療実日数 |  日間 |
| 転医する医療機関 | 所在地 |  |
| 名称 |  |
| 転医年月日 | 年　　月　　日 |
| 　転医の理由 |  |
| 　医師の証明 医師の指示により転医すると きは証明を受けること | 上記の理由により転医させたことを証明する。 　　　年　　月　　日 　 所在地医療機関の 名称 担当医師 　　 　 |
| 上記のとおり転医したいのでお届けいたします。 　　　年　　月　　日 被災職員名　　　　　　　　　　　　　　 |
|

（注）１転医先の主治医に認定傷病名を告げること。

 　２転医先の診断で，傷病名が異なるときには，すみやかに所属担当者に連絡すること。