|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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。