|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 転　　　医　　　届 | | | 認定番号 | ～ | |
| 被災職員 | 所属・所在地 |  | | | |
| 住所・氏名 |  | | | |
| 傷病名 |  | | | |
| 現在受診  している  診療機関 | 所在地 |  | | | |
| 名称 |  | | | |
| 療養期間 | 平成　　年　　月　　日から平成　　年　　月　　日まで | | | 日間 |
| 転院先の  診療機関 | 所在地 |  | | | |
| 名称 |  | | | |
| 転医年月日 | 平成　　　年　　　月　　　日　から | | | |
| 医師の  証明 | 転医の理由 |  | | | |
| 上記理由により　　　　　　　　　　　　　へ転院させたことを証明します。  　　平成　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　 所在地  　　　　　　　診療機関の　 　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。  　　　　平成　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　被災職員氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | |

注1　転医先の主治医等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は、速やかに所属担当者に連絡すること。

都支部様式第４５号