|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 | 　　　　年　　月　　日から　　　　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 | 　　　　　　　　　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。　　　　　　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。　　　　　　　　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