

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 年 月 日 診療機関の { 所在地 名称 担当医師 } へ転院させたことを証明します。			
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。