

# 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 <span style="float: right;">へ転院させたことを証明します。</span> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <span>年 月 日</span> <div style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">                     診療機関の                     <div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: center;"> <span style="font-size: 2em;">{</span> <span style="margin: 0 5px;">所在地</span> <span style="margin: 0 5px;">名称</span> <span style="margin: 0 5px;">担当医師</span> </div> </div> </div>			
上記のとおり転医したいのでお届けいたします。 <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">年 月 日</div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">被災職員氏名</div>				

注1 転医先の主治医等に認定傷病名を告げること。  
 注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。