転　　医　　届

|  |  |
| --- | --- |
| 認定番号 |  |
| 被災職員氏名 | |  | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 年　 月　 日 |
| 傷 　病 　名 | |  | | | | |
| 転医前の医療機関 | 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 | |  | | | | |
| 頭書の患者に関し、上記のとおり転医させたことを証明します。  　　　　　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　医　師　名　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | |
| 上記のとおり転医したいので、届け出します。  　　　　　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　被災職員氏名 | | | | | | |

(注)・医師の証明欄は、医師の指示により転医する場合のみ記入を受けること。

・年月日の記載には元号を用いる。