

# 治 ゆ 報 告 書

認定番号	—
------	---

<p style="text-align: right; margin-right: 20px;">年 月 日</p> <p>秋田県市町村総合事務組合管理者 様</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">報告者（被災職員）所属 氏名 <span style="float: right;">印</span></p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">次のとおり治ゆ（中止）しましたので報告します。</p>
--

災害発生年月日	年 月 日	治ゆ（中止）年月日	年 月 日
---------	-------	-----------	-------

傷 病 名	
-------	--

障 害 の 有 無	有 ・ 無
-----------	-------

療養を受けた 医療機関	(住所)  (名称)
----------------	------------------

備 考	
-----	--

<p>上記のとおり相違ないことを証明します。</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">年 月 日</p> <p style="text-align: right; margin-top: 20px;">構成団体長 <span style="float: right;">印</span></p>
--

(注意)

- 1 治ゆとは、完全治ゆのみではなく、症状が固定の状態になったものも含まれます。
- 2 中止とは、治ゆの診断を受けることなく、療養を中止した場合をいいます。
- 3 中止した場合は、備考欄にその理由を記入してください。
- 4 障害とは、地方公務員災害補償法施行規則別表第3に定めるものをいいます。