転医届

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被災職員 | 氏名 |  |
| 所属 |  |
| 傷病名 |  |
| 現在受診している医療機関 | 所在地 |  |
| 名称 |  |
| 療養期間 | 令和　　年　　月　　日から　　年　　月　　日（　　日間） |
| 転医先の医療機関 | 所在地 |  |
| 名称 |  |
| 転医年月日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 医師の証明 | 転医の理由 |  |
| 　上記理由により　　　　　　　　　　　　　へ転医させたことを証明します。　　令和　　年　　月　　日　　　　　　　　　所在地　　医療機関の　　名　称　　　　　　　　　医　師　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 　上記のとおり転医したいのでお届けいたします。　　令和　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　被災職員氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　 |