

診 断 書

被災 職員	住 所	〇〇市××町二丁目5番4号
	氏 名	秋 田 春 男 (生年月日 昭 平成 60年 6月 3日)
受 傷 日	令和 6 年 4 月 9 日	
傷 病 名	アナフィラキシー性ショック	
原 因	蜂に刺された。	
療養の見込み	令和 6年 4月 9日から 約3日間の療養を要する	
<p>上記のとおり診断します。</p> <p>令和6年4月10日</p> <p>〔医療機関〕</p> <p>住 所 〇〇市〇〇町〇-〇 名 称 □□病院 電 話 018-888-0000 医師名 ○ ○ ○ ○</p>		

(秋田県市町村総合事務組合公務災害認定用)