

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 <div style="margin-left: 100px;"> 医療機関の { <ul style="list-style-type: none"> <li style="margin-left: 20px;">所在地 <li style="margin-left: 20px;">名 称 <li style="margin-left: 20px;">医 師 </div>	
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 <div style="text-align: center;">被災職員氏名</div>		