

# 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 <span style="float: right;">へ転医させたことを証明します。</span> 令和 年 月 日 <div style="margin-left: 100px;">                     医療機関の {                     <ul style="list-style-type: none"> <li>所在地</li> <li>名 称</li> <li>医 師</li> </ul> </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>		