転　　医　　届

|  |  |
| --- | --- |
| 認定番号 |  |
| 被災職員氏名 |  | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 　　年　 月　 日 |
| 傷 　病 　名 |  |
| 転医前の医療機関 | 所　在　地 |  |
| 名　　　称 |  |
| 療 養 期 間 | 　　　　年　　月　　日から　　　年　　月　　日まで　　　　日間 |
| 転医する医療機関 | 所　在　地 |  |
| 名　　　称 |  |
| 転医年月日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 転 医 の 理 由 |  |
| 頭書の患者に関し、上記のとおり転医させたことを証明します。　　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　医　師　名　　　　　　　　　　　　印　　  |
| 上記のとおり転医したいので、届け出します。　　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　被災職員氏名　　　　　　　　　　　　　 |

(注)・医師の証明欄は、医師の指示により転医する場合のみ記入を受けること。

・年月日の記載には元号を用いる。