

## 転 医 届

所属団体部局名		認定番号	
被災職員氏名			
認定傷病名			
現在受診している医療機関	所在地 名称 療養期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで	日間
転医若しくは精密検査を受けようとする医療機関	所在地 名称 転医(検査受診)月日	平成 年 月 日	
転医(精密検査)の理由			
上記のとおり転医(精密検査)が必要であることを認める。 平成 年 月 日 病院又は診療所の { 所在地 名称 担当医師			
上記のとおり転医したいので届け出ます。 平成 年 月 日 被災職員氏名			
地方公務員災害補償基金鳥取県支部長 殿			

(注) 医師の証明欄は医師の指示により転医若しくは精密検査を受けようとするときにのみ証明を受けること。