

年 月 日

地方公務員災害補償基金
大 阪 市 支 部 長 様

所 属
氏 名 印

転 医 届

下記のとおり転医いたしますのでお届けします。

1 . 転医先

転 医 年 月 日	_____ 年 月 日 _____
医 療 機 関 名	_____
医 療 機 関 所 在 地	_____
医 療 機 関 連 絡 先	_____
傷 病 名	_____

2 . 転医理由

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

注) 年月日の記載には元号を用いること。