

診 断 書

一、被災職員に関する事項	住 所				
	氏 名	年 月 日生 (歳)			
	負傷又は発病の日時	年 月 日	午前 午後	時 分頃	
	負傷又は発病の場所				
二、傷病に関する事項	初診年月日	年 月 日 ()			
	上記災害により生じたと認められる傷病名				
加療期間	初診日から約	か月	週間	日間	
(治癒している場合の治癒日)	年 月 日				
上記のとおり診断します。 年 月 日 医療機関の { 所在地 名 称 担当医師					

注1 「被災職員に関する事項」欄は、所属であらかじめ記載した後に、医師に提出してください。
2 診断書作成に係る費用については、法令により非課税とされています。