

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 月 週間 日間				
(治ゆしている場合の治ゆ日)	年 月 日				
<p>上記のとおり診断します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <div style="display: flex; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="margin-right: 10px;">医療機関の</div> <div style="font-size: 3em; margin-right: 5px;">{</div> <div style="margin-right: 10px;">所在地</div> <div style="margin-right: 10px;">名称</div> <div style="margin-right: 10px;">担当医師</div> </div>					

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。