

支部様式第2号

診 断 書

あらかじめ記入して、医師に提出すること

一、被災職員に関する事項	住 所	咲玉市鷹砂3-15-1
	氏 名	埼玉 太郎 平成6年 3月 8日生(28歳)
	負傷又は発病の日時	令和5年 1月 16日 午前 午後 11時 25分頃
	負傷又は発病の場所	〇〇高等学校

記入漏れがないよう確認すること

二、傷病に関する事項	初診年月日	令和5年 1月 16日(月)
	上記災害により生じた と認められる傷病名	左足首捻挫
		左手首捻挫
加療期間	初診日から約 月 2週間 日間	
(治癒している場合の治癒日)	年 月 日	

判読不明な箇所がある場合、医師に確認して明らかにしておくこと

上記のとおり診断します。

令和5年 1月 16日

医療機関の { 所在地 咲玉市鷹砂1-15-3
名称 〇〇病院
担当医師 平水 恵子

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。
注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。