

医 療 機 関 の 変 更 届 書

		認定番号			
地方公務員災害補償基金 岡山県支部長 殿 下記のとおり医療機関を変更したいので お届けします。		届出年月日	年	月	日
		届出者の住所_____			
				氏 名_____	
被災職員	所属団体			所属部局	
	氏 名			職 名	
医療機関変更年月日		年	月	日	
変更の理由					
療養を受けようとする医療機関	新	住 所			
		名 称			
	旧	住 所			
		名 称			
上記のとおり相違ないことを証明します。 <div style="text-align: center; margin: 10px 0;"> 年 月 日 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> 医療機関の 担当医師 </div> <div style="text-align: center;"> 所在地 名 称 担当医師 </div> </div> <p style="font-size: small; margin-top: 20px;">※ 本欄は、医療機関の指示により変更する場合についてのみ、変更前の医療機関の担当医師に証明を受けてください。</p>					