

診 断 書

被災職員	住 所			
	氏 名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
	生年月日	年	月	日
傷病名 ※			
初診日	年 月 日			
病状及び療養見込み			
約 日間の 入院 加療を要する見込み 通 院				
上記のとおり診断する。 年 月 日 病(医)院 { 所在地 又は { 名称 診療所の { 担当医師				
(印)				

※ 「傷病名」欄には、公務災害に係る全ての傷病名を記載してください。