

## 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  いのでお届します。				届出年月日		平成	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			平成		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。  平成 年 月 日  <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;">                     医療機関の                     <div style="margin-left: 10px;">                         {所在地                          名 称                          担当医師}                     </div> <span style="margin-left: 20px;">㊟</span> </div>												
※ 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長に証明を受けてください。												