

療養の現状等に関する報告書

		認定番号	
<p>地方公務員災害補償基金岡山県支部長 殿</p> <p>療養の現状等について下記のとおり報告します。</p> <p>年 月 日</p> <p>報告者の住所 _____</p> <p>_____</p> <p>ふりがな</p> <p>氏 名 _____ (印)</p> <p>所属団体名・所属部局名 _____</p>			
1	負傷又は発病の年月日	年	月 日
2	療養開始の年月日	年	月 日
3	傷 病 名		
4	療 養 の 経 過		
5	日 常 生 活 の 概 要		

[注意事項]

- 1 報告者は、*印の欄には記入しないこと。
- 2 「報告者の氏名」の欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができる。
- 3 年月日の記載には元号を用いる。

* 6 医師の証明

(1) 傷病の種類（傷病名・傷病の部位等）

(2) 傷病の経過及び治療方法の概要

(3) 傷病の現状

(4) 傷病の今後の見込み

（報告者の氏名）

-----については上記のとおりであると認めます。

年 月 日

医療機関の { 所在地
 { 名称
 { 医師の氏名

印