

医療機関の変更届書

		認定番号		—		
地方公務員災害補償基金千葉県支部長 様 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		職 名			
	所属部局		氏 名			
医療機関変更年月日			年 月 日			
療養を受けようとする医療機関	新	住 所				
		名 称				
	旧	住 所				
		名 称				
変更の理由（具体的に）						