

治 ゆ 報 告 書

認定番号	-
------	---

平成 年 月 日

秋田県市町村総合事務組合管理者 様

報告者（被災職員）

氏 名 印

下記のとおり治ゆ（中止）しましたので報告します。

記

災害発生年月日	平成 年 月 日	治ゆ（中止）年月日	平成 年 月 日
---------	----------	-----------	----------

傷 病 名

療養を受けた 医療機関等	（住 所） （名 称）
-----------------	----------------

備 考

上記のとおり相違ないことを証明します。

平成 年 月 日

市町村（等）長

印

（注意）

- 1 治ゆとは、完全治ゆのみではなく、症状が固定の状態になったものも含まれます。
- 2 中止とは、治ゆの診断を受けることなく、療養を中止した場合をいいます。
- 3 中止した場合は、備考欄にその理由を記入してください。