**傷 病 届**

|  |  |
| --- | --- |
| **届出日：** | **年　　月　　日** |
| **所属：** |  |
| **氏名：** |  |

**下記の通り届出いたします。**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **傷病区分** | **□ 病気　　□ けが** | | | |
| **傷病名** |  | | | |
| **発症日** | **年　　月　　日** | | | |
| **医療機関** |  | | **ＴＥＬ** |  |
| **住　所** |  | | |
| **診断書** | **□ 有　　□ 無（理由： ）** | | | |
| **就業不能期間** | **年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日** | | | |
| **連絡方法** | **□ 電話　　□ メール　　□ 口頭** | | | |
| **備考** |  | | | |