

公務傷害・公務疾病状況説明書

下記の者が { 公務上傷害を受け
公務に起因する疾病にかかり } ましたのでその状況を説明します。

会員氏名 (ふりがな) (男・女) 満 歳

住 所

在任延期間 年 か月

発病年月日 平成 年 月 日

全治期間 平成 年 月 日～平成 年 月 日 (日間)

(上記期間のうち入院 有り 平成 年 月 日～平成 年 月 日 (日間)
入院 無し)

注) 入院の有・無いいずれかに○印のうえ、入院期間、日数を記入ください

傷 病 名

状況説明

平成 年 月 日

単位民生委員

児童委員協議会名

会長 (副会長) 氏名

印