**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。**

|  |  |
| --- | --- |
| **傷病名** | **急性胃炎** |
| **発症日** | **年　　月　　日** |
| **医療機関** |  | **ＴＥＬ** |  |
| **住　所** |  |
| **診察日** | **年　　月　　日** |
| **療養期間** | **年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日** |
| **業務への影響** | **□ 就業可能（制限あり） 　□ 自宅療養が必要** |
| **医師の指示事項** | **消化の良い食事を摂取し、安静を保つこと** |
| **備考** | **診断書を別途提出します** |

**《 注意事項 》**

* **傷病が発生した際は、速やかにこの届出を提出してください。**
* **診断書が必要な場合は、医師の指示に従って提出してください。**
* **会社の就業規則や労務管理規程に従ってご利用ください。**