公務傷害証明書

下記の者が公務上傷害を受けましたのでその状況を説明します。

　　　　　　　地区民生委員児童委員協議会

 （男・女）満　　　歳

生年月日　　 　　　年　　月　　日

住　　　所

電話番号

在任延期間　　　　　年　　　か月

発病年月日　　　　　年　　月　　日

全治期間　　 　　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日（　　日間）

　　　　　　　（上記期間のうち入院　　無し　・　有り　）

傷病名

状況説明

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

　　年　　月　　日

 　　　　　　　　　　　　　　市民生委員児童委員協議会

会　長氏名