

治 ゆ 報 告 書

年 月 日

長野県市町村総合事務組合管理者 様

構成市町村名 _____

被災職員氏名 _____ ㊟

次のとおり治ゆしましたから報告します。

災害発生年月日	年 月 日
発生場所	
傷病名(部位)	
治ゆ年月日	年 月 日
障害(後遺症)の有無及びその状況 (右欄に記入しきれない場合は、別紙を使用してください。)	有 ・ 無 (いずれかに○印のこと。) (有の場合の状況)

- (注) 1 治ゆした場合は、速やかに任命権者を經由して提出してください。
- 2 治ゆとは、傷病が完全になおった場合のほか、急性症状の消退及び症状固定により医療効果が期待できなくなり、対症療法に入った場合も含まれます。
- 3 「障害(後遺症)の有無及びその状況」欄には、傷病がなおったとき、地方公務員災害補償法別表に定める程度の身体障害があるかないかについて記入してください。