(別紙)

 　　　No.

 　 （基金で記載）

**令和２年度公務災害担当者名簿**

 【所在地】　〒

|  |
| --- |
|  |

　　　　　　　　　　　　　　　　【団体名】

|  |
| --- |
|  |

１．貴団体における令和２年度の公務災害担当の方をご記入ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 所属課名 | 職名 | 氏　名 | 備　考 |
|  |  |  |  　 正担当 |
|  |  |  |  　副担当 |
|  |  |  |  病院担当※ |

 ※市立病院、町立病院等該当がある団体のみ記入【必須】

２．連絡先をご記入ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 電話番号（直通） | ファックス番号 | メールアドレス |
|  |  |  |
| 病院※ |  |  |