

부상자 치료 통지서				
치 료 받 을 자	성 명		생년월일	
	주 소 (직장명)			
	소 속			
치료받을 의료시설명				
치료기간		. . .부터 . . .까지 (일간)		
그 밖의 결정사항				
귀하가 년 월 일 제출한 치료신청에 대하여 위와 같이 결정하였음을 알려드립니다.				
년 월 일				
시장 · 군수 · 구청장 (인)				
귀하				