

[제 218호 서식]

진 단 서					
주 소	□□□-□□□				
성 명		주민등록번호	□□□□□□-□□□□□□□□		
병 명			예정 치료 기간	입 원	부터 까지
<input type="checkbox"/> 임상적 <input type="checkbox"/> 최 종				통 원	부터 까지
발 병 일	제출처		사립학교교직원연금관리공단		
담당 의사					
소 견					
위와 같이 진단함.					
년 월 일					
병의원주소	(전화번호: )				
병의원명	직인				
(면허번호      호)	의사성명		㊞		