（第3頁～第6頁）

措置の種別	措置年月日	措置の結果	医療機関認印
	年　月　日		
	年　月　日		
	年　月　日		
	年　月　日		
	年　月　日		
	年　月　日		
	年　月　日		
	年　月　日		
	年　月　日		
	年　月　日		
	年　月　日		
	年　月　日		
	年　月　日		
	年　月　日		
	年　月　日		
	年　月　日		
	年　月　日		

（裏表紙(内面)）

注　　意　　事　　項

1　労働者災害補償保険のアフターケアを受けようとするときは、労災病院又は都道府県労働局長が指定する病院等にこの手帳を提出し、所定の欄にその結果を記入してもらってください。

2　次の場合には、この手帳の交付を受けた都道府県労働局長に、この手帳を添えて(ロの場合を除く。)、その旨を届け出て、必要な訂正又は再交付を受けてください。

イ　氏名又は住所に変更があつたとき。

ロ　この手帳を失つたとき。

ハ　この手帳を汚損したとき。

ニ　この手帳に余白がなくなつたとき。

3　この手帳の有効期間は、　　年　　月　　日までです。