



고용주

- 최소 3명의 의사를 열거하고 직장 상해 보고 시 직원에게 이 패널을 제공하십시오.
- 작성한 원본 양식을 파일에 보관하고 직원이 보관할 수 있도록 사본을 보내십시오.
 - 요청하지 않는 한 본 양식을 주 당국에 보내지 마십시오.

직원

- 본 양식의 하단 부분을 작성하여 선택한 의사를 지정하십시오.
 - 선택한 의사의 의료 서비스 수락을 거부하는 경우, 혜택을 받을 권리가 지연될 수 있습니다.
 - 치료를 받기 위해 편도 기준 15마일 이상 이동하시나요? 직원은 보험사에 교통비 환급을 요청할 수 있습니다.
- 작성한 양식을 **고용주에게 다시 보내십시오.**

고용주가 작성해야 할 항목:

직원 이름 _____ 패널을 제공한 날짜 _____

고용주 _____ 상해 날짜 _____

고용주 측 담당자 _____ 전화번호 _____ 이메일 _____

<p>의사 1 이름 _____ 전화번호 _____</p> <p>주소 _____ 시 _____ 주 _____ 우편번호 _____</p> <p>의사 #1은 원격 진료 서비스를 제공합니까? 예 _____ 아니요 _____ '예'라고 답한 경우, 웹사이트 주소 기재 _____</p>
<p>의사 2 이름 _____ 전화번호 _____</p> <p>주소 _____ 시 _____ 주 _____ 우편번호 _____</p> <p>의사 #1은 원격 진료 서비스를 제공합니까? 예 _____ 아니요 _____ '예'라고 답한 경우, 웹사이트 주소 기재 _____</p>
<p>의사 3 이름 _____ 전화번호 _____</p> <p>주소 _____ 시 _____ 주 _____ 우편번호 _____</p> <p>의사 #1은 원격 진료 서비스를 제공합니까? 예 _____ 아니요 _____ '예'라고 답한 경우, 웹사이트 주소 기재 _____</p>
<p>(선택 항목) 원격 진료 서비스만 제공하는 의사 4 이름 _____ 전화번호 _____</p> <p>원격 진료 제공자 이메일 주소 _____ 웹사이트 주소 _____</p>

직원이 작성해야 할 항목:

본인은 고용주가 제공한 목록에서 다음 의사를 선택했습니다.

의사 이름 _____

본인이 선택한 진료 방식: 대면 진료 _____ 또는 원격 진료 _____ 대면 진료를 제안받았습니까? 예 _____ 아니요 _____

직원 서명 _____ 날짜 _____