



**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 \_\_\_\_\_

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

**직원이 작성해야 할 항목:**

본인은 고용주가 제공한 목록에서 다음 의사를 선택했습니다.

의사 이름 \_\_\_\_\_ 진료 날짜/시간 \_\_\_\_\_  
 본인이 선택한 진료 방식: 대면 진료 \_\_\_\_\_ 또는 원격 진료 \_\_\_\_\_ 대면 진료를 제안받았습니까? 예 \_\_\_\_\_ 아니요 \_\_\_\_\_  
 직원 서명 \_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_\_