

指定医師変更届

年 月 日

大津市長 あて

指定医師氏名

身体障害者福祉法第15条第1項に規定する指定医師について、次のとおり変更したいので届出します。

	新	旧
ふりがな		
医師氏名		
医療機関名		
医療機関 の所在地		
診療科目		
変更理由		
変更年月日	年 月 日	

- ※ 変更のあった項目、変更理由および変更年月日を記入すること
- ※ 指定医師が、県外の病院に移動した場合には、旧の医療機関の管理者が、別紙4により辞退届を提出すること
- ※ 担当する障害分野の追加(一部辞退)は、様式第4号(3)により届出すること
- ※ 医療機関の異動があった場合は、異動先の医療機関が提出してください