

指定医師転入届

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の転入について、次のとおり届出します。

|      |  |  |       |  |       |  |
|------|--|--|-------|--|-------|--|
| ふりがな |  |  | 指定年月日 |  | 年 月 日 |  |
| 医師氏名 |  |  |       |  |       |  |

|                              |        |        |        |               |                  |                       |        |             |             |                                 |        |        |        |  |
|------------------------------|--------|--------|--------|---------------|------------------|-----------------------|--------|-------------|-------------|---------------------------------|--------|--------|--------|--|
|                              | 新      |        |        |               |                  |                       |        | 旧           |             |                                 |        |        |        |  |
| 医療機関名                        |        |        |        |               |                  |                       |        |             |             |                                 |        |        |        |  |
| 医療機関の所在地                     | 大津市    |        |        |               |                  |                       |        | 滋賀県         |             |                                 |        |        |        |  |
| 診療科目                         |        |        |        |               |                  |                       |        |             |             |                                 |        |        |        |  |
| 転入年月日                        | 年 月 日  |        |        |               |                  |                       |        |             |             |                                 |        |        |        |  |
| 現在担当している<br>障害分野に○を<br>記入のこと | 視<br>覚 | 聴<br>覚 | 平<br>衡 | 音<br>声・<br>言語 | そ<br>し<br>ゃ<br>く | 肢<br>体<br>不<br>自<br>由 | 心<br>臓 | じ<br>ん<br>臓 | 呼<br>吸<br>器 | ・<br>ぼ<br>う<br>こ<br>う<br>直<br>腸 | 小<br>腸 | 免<br>疫 | 肝<br>臓 |  |
|                              |        |        |        |               |                  |                       |        |             |             |                                 |        |        |        |  |

※ この届けは、滋賀県(大津市以外)から異動した指定医師変更についてのみ提出してください

※ 県外からの転入については、様式第1号「同意書」および添付書類の提出により、新規申請の手続きをしてください

※ 異動先の医療機関が提出してください