

# 指定医師転入届

年 月 日

滋賀県知事 へ

指定医師氏名

印

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														
診療科目														
転入年月日	年 月 日													
現在担当している障害分野に○を記入のこと	視覚	聴覚	平衡	音声・言語	そしゃく	肢体不自由	心臓	じん臓	呼吸器	ぼうこう・直腸	小腸	免疫	肝臓	

- ※ この届けは、大津市から異動した指定医師変更の**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2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届け出てください。

## 指定医師転入届

平成〇〇年〇〇月〇〇日

滋賀県知事 へ

指定医師氏名 滋賀 太郎

印

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	しが たろう	指定年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日
医師氏名	滋賀 太郎		

	新	旧											
医療機関名	医療法人〇〇会 △△病院	医療法人××会 ●●●病院											
医療機関の所在地	〇〇市〇〇町1丁目1番地1	大津市△△町2丁目2番地2											
診療科目	〇〇科	〇〇科											
転入年月日	平成〇〇年 〇〇月 〇〇日												
現在担当している 障害分野に○を 記入のこと	視覚	聴覚	平衡	音声・言語	そしゃく	肢体不自由	心臓	じん臓	呼吸器	ぼうこう・直腸	小腸	免疫	肝臓
						○							

大津市から大津市以外の県内の医療機関に異動になった場合に提出

- ※ この届けは、大津市から異動した指定医師変更の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2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届け出てください。