

指定医師変更届

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、様式第6号により辞退届を届け出ること。
- ※ 担当する障害分野の追加または一部辞退は、様式第5号により提出すること。
- ※ 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。

指定医師変更届

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	△△市△△町2丁目2番地2
診療科目		
変更理由	勤務先変更による	その他、 開業、法人化による医療機関名の変更 住所表示変更による所在地変更
変更年月日	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日	

- ※ 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、様式第6号により辞退届を届け出ること。
- ※ 担当する障害分野の追加または一部辞退は、様式第5号により提出すること。
- ※ 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。