

指定医師変更届

年 月 日

広島県知事様

【届出人】

氏名

連絡先 _____ (_____) _____

※代理人の場合に記載

続柄 _____

身体障害者福祉法第 15 条第 1 項の規定による指定医師について、次のとおり変更したので、届出します。

【変更箇所】 (□にチェックをしてください。)

指定医師 氏名 障害種別

医療機関 名称 住所 電話番号 診療科目

変更事由		新			旧		
氏名							
医療機関	名称						
	住所	〒 _____			〒 _____		
	電話番号						
	診療科目						
指定を受けた障害の種別(一部辞退)							
理由							
変更年月日		年 月 日から			年 月 日まで		

【注】

- 届出人は、指定医師を原則とするが、代理人が届け出る場合は続柄を記載すること。
- 変更箇所は、新旧すべてに記載すること。
- 指定を受けている障害分野を追加する場合は、変更申請(第 1-1 号様式)とすること。
- 勤務指定医師が県外へ転出した場合は、「辞退届」によること。