

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。