身体障害者福祉法第15条第１項の規定に基づく医師の変更届兼辞退届

　　年　　月　　日

盛　岡　市　長　　様

指定医氏名　　　　　　　　　　　　　　（※）

※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

医籍番号

　次のとおり変更しましたので届け出します。

　また、岩手県知事から受けている身体障害者福祉法第15条第１項に規定する医師の指定については辞退しますので、本届出書を岩手県知事あて送付してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 新 | 旧 |
| 所　在　地 | 〒  盛岡市  ℡（　　　）　　　　－ | 〒  ℡（　　　）　　　　－ |
| 医療機関名 |  |  |
| 診療科名 |  |  |
| 担当する障害分野  （該当項目に○） | 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　 膀胱・直腸 　小腸　　免疫　　肝臓 | |
| 変更事由  （該当項目に○） | １　勤務先の変更　　　　２　新規開業　　　　３　所在地の変更  ４　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 変更・辞退年月日 | 年　　　月　　　日 | |

＜留意事項＞　１　この届出書は、勤務先等を盛岡市を除く岩手県内の医療機関から、盛岡市内の医療機関に変更した場合に提出するものです。

　　　　　　　　２　旧欄の所在地、医療機関名及び診療科名は全て記入願います。

番　　　　　号

年　　月　　日

岩　手　県　知　事　　様

盛岡市長　　　　　　　　　　印

上記のとおり届け出がありましたので、関係書類を添えて通知します。