

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 TEL（ ） —	〒 TEL（ ） —
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 心臓 じん臓 呼吸器 膀胱・直腸	そしゃく 肢体不自由 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。

盛障福第 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。