

## 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。