第3号様式

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】

１ 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。

　 2　変更箇所は、新旧すべてに記載すること。

3　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。

4　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。