身体障害者福祉法指定医変更届

年　　月　　日

　福　島　市　長

住　　所

届出者　氏　　名

電話番号

　　　　　年　　月　　日に下記のとおり変更したので届出します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 変更事由  該当番号に○ | | １　福島市内の異動  　２　福島県内での異動  　３　氏名の変更  　４　その他（異動内容を備考欄に記載） | | |
| 新 |  | | | |
| 旧 |  | | | |
| 診療科名 | |  | 障害区分 |  |
| 備考 | |  | | |

【備考】

　・届出者は、指定医師とすること。ただし、やむを得ないときは代理人又は医療機関の管理者が届け出ること。

　・次の場合は、当該届書に指定を証明する書類の写し（指定通知書の写し）又は経歴書及び医師免許証の写しを添付すること。

　　　①福島市内の医療機関で異動をした場合

　　　②福島市内の医療機関から福島市外の医療機関に異動をした場合

　　　③福島市外の医療機関から福島市内の医療機関に異動をした場合