

身体障害者福祉法第15条に基づく
指定医師変更届

令和 年 月 日

私は、 年 月 日下記のとおり医療機関等を変更しましたからお届けします。

届出者（指定医師） _____

三重県知事宛

記

(フリガナ)	
医師氏名	医籍番号 _____
(変更後の)	
医療機関名	(総合病院への変更時には、所属する「科名」も記入してください。)
(変更後の)	〒 _____
所在地	
電話番号	_____
変更の理由	該当する事項に○をしてください。 ・医療機関変更 ・開業 ・氏名変更 ・その他 (_____)
変更前	
変更後	(医療機関変更・開業の時は、記入不要です。)

注1) 氏名変更の場合は、医師免許証の写しなど変更を確認できる書類を添付してください。

注2) 右上の期日欄には「届け出をしていただく日」を、文章中の年月日欄には、「実際に変更された時期」を記入してください。