第３号様式

**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。