身体障害者福祉法第１５条第１項の規定による医師の変更届

年　　　月　　　日

（あて先）秋田県知事

届出者　所　在　地

医療機関名

氏　　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

電話番号

下記のとおり変更になったので、届出します。

|  |  |
| --- | --- |
| 医 師 氏 名 | ふりがな |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（旧姓：　　　　　　） |
| 勤務先 | 新・追加 | 医療機関名及び所在地 |  |
| 診療科名 |  |
| 旧 | 医療機関名及び所在地 |  |
| 診療科名 |  |
| 変更・追加年月日 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 変 更 事 由 | １　勤務先の変更　　　　　　　　２　勤務先の追加３　新規開業　　　　　　　　　　４　医療機関名の変更５　所在地の変更　　　　　　　　６　医師氏名の変更７　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

注１）勤務先の変更・追加の場合は、勤務先「新・追加」どちらかを○で囲むか、二本線で削除してください。

注２）勤務先の追加の場合は、届出者欄に所属する現在の勤務先を記入してください。旧勤務先の記入は必要ありません。

注３）氏名の変更の場合は、医師氏名欄のカッコに旧姓を記載してください。