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。

<table>
<tr><td colspan="3">医 師 氏 名</td><td>ふりがな
（旧姓：　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="4">勤務先</td><td rowspan="2">新・追加</td><td>医療機関名及び所在地</td><td></td></tr>
<tr><td>診 療 科 名</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">旧</td><td>医療機関名及び所在地</td><td></td></tr>
<tr><td>診 療 科 名</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">変更・追加年月日</td><td>年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="3">変 更 事 由</td><td>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（　　）</td></tr>
</table>

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。