

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
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。