様式５

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出書兼辞退届出書

年　　月　　日

（あて先）

埼玉県知事

所　　在　　地

指定医師所属医療機関名

電　話　番　号

氏　　名

下記のとおり変更しましたので届出します。

また、さいたま市長・川越市長・越谷市長・川口市長（※いずれかを○で囲ってください。）から受けている身体障害者福祉法第１５条第１項に規定する医師の指定については辞退しますので、本届出書をさいたま市長・川越市長・越谷市長・川口市長（※いずれかを○で囲ってください。）あて送付してください。

担当する障害区分		
新	所在地	
	医療機関名	
	診療科名	
旧	所在地	
	医療機関名	
	診療科名	
変　更　事　由		１．勤務先の変更　　２．新規開業 ３．所在地の変更　　４．その他 （　　）
変更・辞退年月日		年　　月　　日

＜留意事項＞

この届出書は、勤務先をさいたま市、川越市、越谷市又は川口市内の医療機関から、さいたま市、川越市、越谷市及び川口市を除く埼玉県内医療機関に変更した場合に提出するものです。