

様式3

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

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
(診療科名) ()

電話番号

指定医師名

下記のとおり変更しましたので届け出ます。

指定障害区分		
変更事由	1 名称の変更	4 新規開業
	2 所在地の変更	5 その他(姓の変更等)
	3 勤務先の変更	()
新旧 変更事項	新	
	旧	
変更年月日	年 月 日	

留意事項

この届出書は、埼玉県内の医療機関から別の埼玉県内の医療機関(さいたま市、川越市、越谷市及び川口市を除く。)に勤務先を変更した場合等に提出するものです。

変更事由3, 4の場合、新たな医療機関において行ってください。

[参考]

〈さいたま市内、川越市内、越谷市内及び川口市内の医療機関に転出する場合〉

各市長あての変更届出書兼辞退届出書を、各市に提出してください。

〈他の都道府県の医療機関に転出する場合〉

他の都道府県・政令市・中核市に転出し、埼玉県内の医療機関において身体障害者診断書・意見書を作成しなくなる場合は、様式4の辞退届出書を提出してください。