

身体障害者福祉法第15条第1項に規定する指定医師異動届

年 月 日

鹿児島県知事

殿

届出者 氏名

印

住所

身体障害者福祉法第15条第1項に規定する指定医師について、下記のとおり異動を生じたので届け出ます。

記

指定医師名		生年月日	年 月 日
医師免許番号	第 号	医師免許取得日	年 月 日
指定診療科目		指定年月日	年 月 日
異動の生じた年月日			年 月 日
	氏名	異動前	
		異動後	
	勤務地名	異動前	
		異動後	
	勤務地住所	異動前	〒 TEL:
		異動後	〒 TEL:
廃業			
死亡			
その他			

(注) 異動内容については、該当する項目についてのみ記入してください。