年　　月　　日

　（宛先）富山市長

医療機関名

診療科名

指定医師氏名　　　　　　　　　　　　㊞

**身体障害者福祉法第１５条第１項の規定に基づく**

**指定医にかかる異動事項の届出について**

　このことについて、次のとおり異動がありましたので、届出します。

記

１　異動事項（該当する番号に○を付けてください）

　(1) 勤務先の変更（　異動　・　新規開業　・　兼務　）

　(2) 所属する医療機関の名称及び所在地の変更

　(3) 指定医師氏名の変更

２　異動内容（具体的に記載してください）

　　※兼務の場合、異動後の欄に勤務する全ての医療機関を記載してください。

　(1) 異動前

　(2) 異動後

３　異動年月日

　　　　　　年　　　月　　　日