

年 月 日

(宛先) 富山市長

医療機関名

診療科名

指定医師氏名

印

**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