

年 月 日

(宛先) 富山市長

医療機関名

診療科名

指定医師名

㊟

身体障害者福祉法第15条第1項の規定にもとづく  
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、お届けいたします。

記

1. 異動事項（該当するものに○）

- (1) 勤務先の変更（異動・新規開業・兼務）
- (2) 属する医療機関の名称・所在地の変更（名称・所在地）
- (3) 氏名の変更

2. 異動内容（具体的に記載）

異動前

異動後

3. 異動年月日

年 月 日