

(様式2)

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

年 月 日

(宛先) 秋 田 市 長

住 所  
届出者  
氏 名

㊟

下記のとおり変更になったので届出します。

医 師 氏 名 (届出者が医師本人 でない場合は押印)		ふりがな ----- ㊟	
勤 務	新	医 療 機 関 名 および所在地	
		診 療 科 名	
先	旧	医 療 機 関 名 および所在地	
		診 療 科 名	
変 更 年 月 日		年 月 日	
変 更 事 由		1 県内での勤務先の変更    4 所在地の変更 2 新規開業                    5 氏名の変更 3 名称の変更                 6 その他 (                    ) ※ 氏名の変更の場合は医師氏名欄にカッコ書きで 旧姓を記載してください。	