

身体障害者福祉法第15条第1項に規定する

医師の変更届

医師氏名	ふりがな	指定年月日	年 月 日
旧	名称		
医療機関	所在地		
新	名称	ふりがな	
		TEL	- -
医療機関	所在地	〒	
変更の理由			
変更年月日	年	月	日

年 月 日

福岡県知事 殿

医師住所

氏名

(記名押印又は署名)

注意事項

- 1 この届は、所在地を管轄する福祉事務所を経由して提出してください。
- 2 この届は、福岡県内(北九州市・福岡市・久留米市は除く)における勤務先の医療機関及び医療機関の所在地、名称等の変更の場合に提出して下さい。
- 3 県外および北九州市・福岡市・久留米市への異動されたときは、「辞退届」を提出してください。
- 4 指定を受けた医師の氏名に変更が生じた場合は、この様式を適宜変更して使用願います。

記入例

身体障害者福祉法第15条第1項に規定する

医師の変更届

医師氏名	ふりがな ふくおか いちろう 福岡 一郎	指定年月日	〇〇年〇〇月〇〇日
旧	名称	医療法人〇〇会 〇〇〇〇〇病院	
医療機関	所在地	〇〇〇市〇〇〇町1丁目2-3	
新	名称	ふりがな いろいろほうじん△△△かい ×××××びょういん 医療法人△△△会 ×××××病院 TEL 092 - 123 - 4567	
医療機関	所在地	〒 〇〇〇-△△△△ 〇〇〇市〇〇〇町4丁目5-6	
変更の理由	勤務先変更 他に、開業・法人化による医療機関名称変更・住居表示実施による所在地変更など		
変更年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日		

〇〇年 〇〇月 〇〇日

福岡県知事 殿

医師住所 〇〇〇市〇〇〇町7丁目8-9

氏名 **福岡 一郎**
(記名押印又は署名)

注意事項

- この届は、所在地を管轄する県または市の福祉事務所を経由して提出してください。
- この届は、福岡県内(北九州市・福岡市・久留米市は除く)における勤務先の医療機関及び医療機関の所在地、名称等の変更の場合に提出して下さい。
- 県外及び北九州市・福岡市・久留米市への異動されたときは、「辞退届」を提出してください。
- 指定を受けた医師の氏名に変更が生じた場合は、この様式を適宜変更して使用願います。