

身体障害者福祉法第15条第1項に規定する

医師の転入届

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	〒												
転入年月日	年 月 日													
担当している障害分野に○を記入のこと	視覚障害	聴覚障害	平衡機能	障害機能	音声言語障害	機能障害	肢体不自由	心臓機能	じん臓機能	呼吸器機能	ぼうこう又は直腸障害	小腸機能	ヒト全免疫に依る障害	肝臓機能

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、所在地を管轄する県または市の福祉事務所を経由して提出してください。
- 2 この届は、北九州市・福岡市・久留米市から異動した指定医師についてのみ提出してください。
- 3 政令市(北九州市・福岡市)、中核市(久留米市)より交付された指定通知の写しを添付してください。
- 4 北九州市・福岡市・久留米市を除く福岡県内の異動については、医師の変更届を提出してください。
- 5 県外からの転入者については、「身体障害者福祉法による指定医師申請書」を提出してください。

記入例

身体障害者福祉法第15条第1項に規定する

医師の転入届

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	〇〇大学病院											
医療機関	所在地	〇〇市〇〇区〇〇1丁目2-3											
新	名称	ふりがな いりょうほうじん〇〇かい 〇〇〇〇〇びょういん 医療法人〇〇会 〇〇〇〇〇病院 TEL 092 - 123 - 4567											
医療機関	所在地	〒 〇〇〇-△△△△ 〇〇〇市〇〇〇町1丁目2-3											
転入年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日												
担当している障害分野に○を記入のこと	視覚障害	聴覚障害	平衡機能	音声言語障害	機能障害	肢体不自由	心臓機能障害	じん臓機能障害	呼吸器障害	ぼうこう又は直腸障害	小腸機能障害	ヒト全免に疫害	肝臓機能障害
						○							

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、北九州市・福岡市・久留米市から異動した指定医師についてのみ提出してください。
- 政令市(北九州市・福岡市)、中核市(久留米市)から交付された指定通知の写しを添付してください。
- 北九州市・福岡市・久留米市を除く福岡県内の異動については、医師の変更届を提出してください。
- 県外からの転入者については、「身体障害者福祉法による指定医師申請書」を提出してください。