

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、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。
- 2 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」を提出して下さい。
- 3 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、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」を提出して下さい。
- 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。