

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												
	医 療 機 関	所 在 地	TEL - -											
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	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	ヒト免疫不全ウイルスの感染症	肝臓機能	
	<input type="checkbox"/>													

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、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。
- 2 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。
- 3 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。
- 4 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	じん臓機能	呼吸器機能	ぼうこう又は直腸障害	小腸機能	ヒト全免に疫害	肝臓機能
						○							

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、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。