

様式 2

身体障害者福祉法第 15 条に基づく指定医師異動届

年 月 日

宮崎県知事 殿

届出者 住 所
氏 名

医師登録番号

このことについて、次のとおり届け出ます。

指定医師氏名		指定年月日	年 月 日
指定診療科目		異動年月日	年 月 日
異 動 内 容	氏 名	異動前	
		異動後	
	勤 務 先 名 称	異動前	
		異動後	
	勤 務 先 住所及び 電話番号	異動前	〒 (電話番号)
		異動後	〒 (電話番号)
	退 職		
	廃 業		
	死 亡		
	そ の 他		

異動内容については、該当する項目についてのみ記入してください。

※ 身体障害者福祉法第 15 条に基づく医師の指定は医療機関所在地の都道府県知事等が行います。他の都道府県に転出される場合は、転出先の都道府県知事等により改めて指定を受けていただくこととなりますので、ご注意ください。