

様式 2

身体障害者福祉法第 15 条第 1 項の規定による医師の変更届

年 月 日

(あて先) さいたま市長

所在地

医療機関

氏 名

下記のとおり変更しましたので届出します。

留意事項

担当する障害区分			
変更事項	新	医療機関名	(診療科目)
		住所等	〒 () TEL ()
	旧	医療機関名	
		住所等	〒 () TEL ()
変更年月日		年	月 日
変更事由	1 名称の変更 4 新規開業 2 所在地の変更 5 その他 () 3 勤務先の変更		
	※氏名変更等は「5 その他」とし、医療機関名を抹消して記載してください。		

※留意事項…さいたま市外へ転出する場合は、指定辞退届出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項の規定による医師の変更届

年 月 日

(あて先) さいたま市長

所在地 さいたま市浦和区常盤6-4-4

医療機関 △△整形外科

氏名 ○ ○ ○ ○

下記のとおり変更しましたので届出します。

担当する障害区分		肢体不自由	
変更事項	新	医療機関名	△ △ 整形外科 (診療科目 整形外科)
		住所等	〒330-0061 さいたま市浦和区常盤6-4-4 TEL 048(000) 0000
	旧	医療機関名	○ ○ 病院
		住所等	〒331-0813 さいたま市北区植竹町1-00-0 TEL 048(000) 0000
変更年月日		年 ○ 月 ○ 日	
変更事由	1 名称の変更 4 新規開業		
	2 所在地の変更 5 その他 ()		
③ 勤務先の変更			
※氏名変更等は「5 その他」とし、医療機関名を抹消して記載してください。			

※留意事項…さいたま市外へ転出する場合は、指定辞退届出書を提出してください。