

様式第4号

年 月 日

岐阜県知事 様

(届出者)

所在地

医療機関名

代表者氏名

身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師の勤務する  
医療機関等の変更について

このことについて、下記のとおり変更しますので届け出ます。

記

変更前

変更後

変更年月日

当医療機関に勤務する指定医師名

担当科目

【問い合わせ先】

所属:

担当氏名:

電話番号:

(この届出は、医療機関の代表者が行って下さい。)

※岐阜市内の医療機関に異動される場合は変更届ではなく、辞退届を岐阜県に提出して下さい。また、異動後の医療機関において、新規指定の手続きを岐阜市で行って下さい。