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。