

身体障害者福祉法に基づく指定医師異動届

年 月 日

山梨県知事 殿

提出者 住 所
氏 名 印

次のとおり指定医師に異動が生じたので、届け出ます。

指 定 医 師 氏 名		指 定 年 月 日	年 月 日
診 療 担 当 科 名		異 動 年 月 日	年 月 日
異 動 理 由	氏名変更 医療機関変更 退職・廃業 死亡 その他 ()		
氏 名	異 動 前		
	異 動 後		
医 療 機 関 名 称	異 動 前		
	異 動 後		
医 療 機 関 住 所	異 動 前		
	異 動 後		
備 考			

(記載上の注意)

- ・ 異動理由欄には、該当個所に○印を付与してください。「その他」欄に該当する場合には、カッコ内に具体的異動理由を記載してください。
- ・ 山梨県以外の地域への勤務地の異動、退職・廃業又は死亡の場合には、原則として、山梨県指定医師名簿から削除しますので、ご了承ください。