

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出書

年 月 日

(あて先)

越谷市長

所 在 地

指定医師所属医療機関名
(診 療 科 名) ()

電 話 番 号

指 定 医 師 名

下記のとおり変更しましたので届け出ます。

指定障害区分		
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 (姓の変更等)
	3 勤務先の変更	()
新 旧 変 更 事 項	新	
	旧	
変 更 年 月 日	年	月 日

留意事項

この届出書は、越谷市内の医療機関から別の越谷市内の医療機関に勤務先を変更した場合等に提出するものです。

変更事由 3, 4 の場合、新たな医療機関において行ってください。

[参考]

〈埼玉県内の医療機関に転出する場合〉

埼玉県知事あての変更届出書兼辞退届出書を、埼玉県に提出してください。

〈さいたま市、川越市又は川口市内の医療機関に転出する場合〉

さいたま市長、川越市長又は川口市長あての変更届出書兼辞退届出書を、さいたま市、川越市又は川口市に提出してください。

〈他の都道府県の医療機関に転出する場合〉

他の都道府県・政令市・中核市に転出し、越谷市内の医療機関において身体障害者診断書・意見書を作成しなくなる場合は、様式 3 の辞退届出書を提出してください。