様式４

# 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兼辞退届出書

年　　月　　日

（あて先）
　越谷市長

所　　在　　地

指定医師所属医療機関名

電　話　番　号

氏　　名

下記のとおり変更しましたので届出します。

また、埼玉県知事・さいたま市長・川越市長・川口市長（※いずれかを○で囲ってください。）から受けている身体障害者福祉法第１５条第１項に規定する医師の指定については辞退しますので、本届出書を埼玉県知事・さいたま市長・川越市長・川口市長（※いずれかを○で囲ってください。）あて送付してください。

| | | |
|---|---|---|
| 担当する障害区分 | | |
| 新 | 所在地 | |
| | 医療機関名 | |
| | 診療科名 | |
| 旧 | 所在地 | |
| | 医療機関名 | |
| | 診療科名 | |
| 変　更　事　由 | | １．勤務先の変更　　２．新規開業<br>３．所在地の変更　　４．その他<br>（　　） |
| 変更・辞退年月日 | | 年　　月　　日 |

＜留意事項＞

この届出書は、勤務先を越谷市以外の埼玉県内（さいたま市、川越市及び川口市を含む）医療機関から、越谷市内医療機関に変更した場合に提出するものです。