

記入例

身体障害者福祉法第15条第1項に規定する

医師の転入届

医師氏名	ふりがな く る め た ろ う 久留米 太朗	指定年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日										
旧 医療機関	名称	〇〇大学病院											
	所在地	久留米市〇〇町1丁目2-3											
新 医療機関	名称	ふりがな いりょうほうじん〇〇かい 〇〇〇〇〇びょういん 医療法人〇〇会 〇〇〇〇〇病院 TEL 0942 - 12 - 3456											
	所在地	〒 〇〇〇-△△△△ 〇〇〇市〇〇〇町1丁目2-3											
転入年月日	平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日												
担当している 障害分野 に○を記入 のこと	視覚 障害	聴覚 障害	平衡 機能 障害	音機 声能 言障 語害	そ機 し能 や障 く害	肢由 体 不 自	心障 臓害 機能	じ能 ん障 臓害 機	呼能 吸障 器害 機	ぼ又機 うは能 こ直障 う腸害	小障 腸害 機能	ヒ不ル ト全ス 免能 免ウに 疫障 疫イよ の害	肝障 臓害 機能
						○							

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

久留米市長 あて

医師住所 久留米市〇〇〇町7丁目8-9

氏名 久留米 太朗

印

注意事項

- 1 この届けは、所在地を管轄する福祉事務所を経由して提出して下さい。
- 2 この届けは、久留米市以外から異動した指定医師についてのみ提出して下さい。
- 3 久留米市内の異動については、医師の変更届を提出して下さい。
- 4 県外からの転入者については、様式第1号身体障害者福祉法による指定医師申請書を提出して下さい。