

〇〇年 〇月 〇〇日

久留米市長 あて

医師住所 〇〇市〇〇町3丁目4-5

氏名 久留米 太朗



指定医医療機関変更届

身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師の医療機関に変更があったので、久留米市身体障害者福祉法施行細則第10条の規定により、次のとおり届け出ます。

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	医療法人〇〇会 〇〇〇〇〇病院	
	所在地	久留米市〇〇〇町1丁目2-3	
新 医療機関	名称	ふりがな いりょうほうじん△△△かい ×××××びょういん 医療法人△△△会 ×××××病院	
	所在地	〒 〇〇〇-△△△△ 久留米市〇〇〇町4丁目5-6	
変更の理由	勤務先変更		
変更年月日	平成〇〇年 〇〇月 〇〇日		

注意事項

- この届けは、久留米市内における勤務先の医療機関及び医療機関の所在地、名称等が変更の場合に提出してください。
- 久留米市以外への異動の場合は、医師の辞退届けを提出してください。