

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		指定年月日	年 月 日										
旧 医療機関	名称													
	所在地													
新 医療機関	名称	ふりがな TEL - -												
	所在地	〒												
転入年月日	令和 年 月 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	音声 言語 障害	機能 障害 その他	肢体 不 自	心臓 機能 障害	機能 障害 その他	呼吸 器 障害	ぼう こう 障害	機能 障害 その他	小腸 機能 障害	ヒト 免疫 不全 ウイルス 感染症 による 障害	肝臓 機能 障害

令和 年 月 日

久留米市長 あて

医師住所

氏名

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。