様式３

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）

埼玉県知事

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、埼玉県内の医療機関から別の埼玉県内の医療機関（さいたま市、川越市、越谷市及び川口市を除く。）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］

〈さいたま市内、川越市内、越谷市内及び川口市内の医療機関に転出する場合〉

　　各市長あての変更届出書兼辞退届出書を、各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、埼玉県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４の辞退届出書を提出してください。