身体障害者福祉法第15条第１項の規定による医師の
医療機関 ※名称の変更、所在地の変更 勤務先の変更、新規開業 変更届出書

年　　月　　日

島根県知事様

所　　在　　地
（TEL）
所属医療機関名
指定医師名

下記のとおり変更しましたのでお届けします。

担当する診療科名				
		＊	＊	＊
変更事項	新			
	旧			
変更年月日				
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 3. 勤務先の変更　（　　）		

（注）１　この届出書は、身体障害者の診断を担当する医師が、島根県知事あてに所在地を管轄する市町村を経由して提出すること。

２　※印のところは該当する項目を〇で囲むこと。

３　変更事項の「旧」の欄には、従来届出ていたことを、「新」欄には、それが今回変更されたことを、それぞれ記載すること。

４　＊欄は記入しないこと。