

第3号様式(第3条関係)

身体障害者福祉法第15条指定医師に係る指定医師異動届

(届出年月日) 年 月 日

相模原市長 あて

届出者 住所 _____
氏名 _____

身体障害者福祉法第15条に規定する指定医に関し、次のとおり変更いたしました(辞退いたします)ので届け出ます。

医師氏名		ふりがな	
生年月日		年 月 日	
所属	(旧)	名称	
		所在地 〒	電話番号 ()
	(新)	名称	
		所在地 〒	電話番号 ()
診療科名及び担当する障害区分		診療科名	障害区分
異動(退職)年月日		年 月 日	
異動事由 (該当番号に 印)		1. 県内他市町村から市内への異動* 2. 市内の異動* 3. 市外へ異動* 4. 辞退(理由を備考欄に記載してください) 5. その他(内容を備考欄に記載してください)	
異動後指定継続の有無*		有 (着任予定年月日 年 月 日)	有の場合は、下記備考欄に指定を受けた自治体名及び指定年月日を記載すること
備考		(指定を受けた自治体名: 神奈川県 横浜市 川崎市 横須賀市 相模原市) (指定年月日: 年 月 日)	

- (注意) 1 県内他市町村から相模原市内へ異動する場合は、本届に**経歴書(第2号様式)**及び**医師免許証(写し)**を添付すること。
 2 **県内異動の場合のみ**、「異動後指定継続の有無」欄の所要事項を必ず記載すること。