（様式第１６号）

**身体障害者福祉法指定医変更届**

平成　　年　　月　　日

福島県知事

医療機関名

所在地

電話番号

居住地

平成　　　年　　　月　　　日に下記のとおり変更したので届け出ます。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 変更事由  該当番号に○ | | １．県内の異動（中核市を除く）  ２．中核市（福島市、郡山市、いわき市）へ（から）の異動  ３．氏名の変更  ４．その他（内容を備考欄に記載） | | |
| 新 |  | | | |
| 旧 |  | | | |
| 診療科名 | |  | 障害区分 |  |
| 備考 | |  | | |

※中核市（福島市、郡山市、いわき市）の医療機関から県内市町村の医療機関に異動する場合は、変更届の他に指定を証明する書類の写し（指定通知書の写し）を添付すること。

指定医通知書の写しがない場合には、経歴書及び医師免許証（写し）を添付すること。