

身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師の

- ☐ 辞 退 届
- ☐ 変 動 届

医師氏名		指定年月日	昭和 平成	年	月	日
指定診療科目		辞退・変動 年 月 日	昭和 平成	年	月	日
医療機関名						
連絡先	— —					

平成 年 月 日

届出者 住 所
氏 名

印

熊本市長 様

☐ 以下の理由で辞退します。

- ☐ 県外転出 ☐ 退職 ☐ 閉院 ☐ 死亡 ☐ 自己都合
- ☐ その他()

※熊本県内の他市町村への異動は、辞退ではなく変動扱いになりますので、熊本市への辞退届の提出は不要です。熊本県に変動届を提出してください。

☐ 下記のとおり変動を届け出ます。

変動事項 (太枠内は必ず記入すること)	医師氏名	旧														
		新														
	医療機関 の名称	旧														
		新														
	医療機関 の所在地	旧														
		新	〒 —													
	担当 障害区分 ○を 付けて ください		視 覚	聴 覚	平 衡	音 声 ・ 言 語	そ し ゃ く	肢 体 不 自 由	心 臓	じん 臓	呼 吸 器	膀 胱 ・ 直 腸	小 腸	免 疫	肝 臓	
		旧														
		新														

・該当する項目の□にレを付けてください。
・本人の死亡に伴う辞退の場合を除き、指定医師本人の記名押印により届け出てください。
本人死亡の場合は、同居の家族又は所属医療機関の長が届け出てください。