

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

令和 年 月 日

届出者 住 所

氏 名

ⓐ

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。