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  年　　月　　日  平成 |
| 指定診療科目 | |  | |  | 変動・辞退  年　月　日 | 平成　 年　 月　 日 |
| 辞退の場合の理由 | |  | |  | | |
| 変　動　事　項 | 医師氏名 | 旧 |  |  | | |
| 新 |  |  | | |
| 医療  機関名 | 旧 |  |  | | |
| 新 |  |  | | |
| 医療機関所在地　連絡先 | 旧 |  |  | | |
| 新 |  |  | | |
| 担当  障害区分 | 旧 |  | | | |
| 新 |  | | | |

□　上記のとおり辞退します。（県外転出、死亡、廃業等の場合）

　□　上記のとおり変動を届け出ます。（県内異動及び届出事項の変更の場合）

平成　　年　　月　　日

　　　　　　　　届出者　住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

熊本県知事　 　　　　　　　様

1. それぞれの届出の形態に応じ、□にㇾをつけ（🗹）、所要事項を記載してください。医療機関名、医療機関所在地・連絡先は、変動がなくても「旧」欄に記載をお願いします。
2. 「辞退の場合の理由」欄は「県外転出」、「廃業」、「死亡」等と記入してください。
3. 県外転出・自己都合に伴う辞退の場合、「変動事項」の「旧」欄に現在所属の医療機関名及び所在地を記載してください。
4. 医療機関の異動等に伴う変動届は、変動後の新医療機関の所在地を管轄する県（又は熊本市）へ提出してください。
5. この届出は、指定医師本人の死亡に伴う辞退の場合を除き、必ず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により届け出てください。