様式４

身体障害者福祉法第１５条第１項の規定による医師の変更届出書兼辞退届出書

年　　月　　日

さいたま市長　　様

所　　在　　地

指定医師所属医療機関名

電　話　番　号

氏　　名

下記のとおり変更しましたので届出します。

また、埼玉県知事・川越市長・越谷市長・川口市長（※いずれかを○で囲ってください。）から受けている身体障害者福祉法第１５条第１項に規定する医師の指定については辞退しますので、本届出書を埼玉県知事・川越市長・越谷市長・川口市長（※いずれかを○で囲ってください。）あて送付してください。

担当する障害区分		
新	所在地	
	医療機関名	
	診療科名	
旧	所在地	
	医療機関名	
	診療科名	
変　更　事　由		１．勤務先の変更　２．新規開業 ３．所在地の変更　４．その他 （　　）
変更・辞退年月日		年　　月　　日

＜留意事項＞

この届出書は、勤務先をさいたま市以外の埼玉県内（川越市、越谷市及び川口市を含む）医療機関から、さいたま市内の医療機関に変更した場合に提出するものです。