令和　　年　　月　　日

　（あて先）岐　阜　市　長

（申請者）

所在地

医療機関名

代表者氏名 　　　㊞

電話番号

　　　　　　身体障害者福祉法第１５条第１項に規定する医師の

　　　　　　異動について（届出）

このことについて、下記の者が異動しましたのでお届けします。

記

１　指定医師名

２　担当科目

３　異動先　　所在地

　　　 　名　称

　　　　　　　異動年月日 令和　　年　　月　　日