様式３

身体障害者福祉法第１５条に基づく医師の異動届

年　　月　　日

（あて先）川崎市長

届出者　住　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

身体障害者福祉法第１５条第１項に規定する医師として勤務する医療機関を次のとおり異動しますので届け出ます。

<table>
<tr><td colspan="2">フリガナ</td><td></td><td rowspan="2">生 年 月 日</td><td rowspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">医 師 氏 名</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="5">異動事由等</td><td colspan="2">異動年月日</td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">異 動 事 由</td><td colspan="2">□県内の他市から川崎市内への異動　□川崎市内の異動
□県内市外への異動　□その他（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">医療機関</td><td>旧</td><td colspan="2">名　称
所在地　〒
TEL</td></tr>
<tr><td>新</td><td colspan="2">名　称
所在地　〒
TEL</td></tr>
<tr><td colspan="2">診 療 科 目</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">担当障害分野</td><td colspan="2">□視覚障害　□聴覚又は平衡機能障害
□音声機能、言語機能又はそしゃく機能障害
□肢体不自由　□心臓機能障害　□呼吸器機能障害
□じん臓機能障害　□ぼうこう又は直腸機能障害
□小腸機能障害　□ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害
□肝臓機能障害</td></tr>
<tr><td colspan="2">異動後指定継続の有無</td><td colspan="2">有（着任予定年月日　　年　　月　　日）
無</td></tr>
<tr><td colspan="2">備　　考</td><td colspan="2">指定を受けた自治体名：神奈川県　横浜市　川崎市　横須賀市　相模原市
指定年月日：　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">指定内容変更確認書の送付先</td><td colspan="2">〒</td></tr>
</table>

注意　１　県内の他市から川崎市へ異動する場合において、継続して指定を受けようとするときは、本届に指定書（写）を添付のうえ提出してください。

２「異動後指定継続の有無」欄は、医師の県内における異動の場合のみ指定継続の有無を○で囲み、所要事項を記載すること。