様式第１６号（宮城県からの異動）

指 定 医 師 異 動 届 出 書

　　年　　月　　日

（あて先）

　仙　　台　　市　　長

医療機関

開設者

（ふりがな）

指定医師名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

身体障害者福祉法第１５条第１項に規定する医師の　　　　　　　　　　に異動が

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　在　地

あったので、報告いたします。

記

（１）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 新 | （ふりがな）医療機関名 |  |
| 所在地 | 〒　　　－（電話番号）　　　　－　　　　（電話番号）　　　　－　　　　 |
| 旧 | 医療機関名 |  |
| 所在地 |  |

（２）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 宮城県指定年月日 | 指定番号 | 診 療 科 目 | 障 害 区 分 |
|  |  |  |  |

注１　指定を証明する書類（宮城県の指令書）の写しを添付すること。