

様式 3

身体障害者福祉法第 15 条第 1 項の指定医師の居住地等変更届

年 月 日

山口県知事

様

医師住所
医師氏名
診療科名

居住地
下記のとおり 氏 名 を変更しました。
勤務先

変 更 年 月 日		年 月 日
変更事項	新	TEL
	旧	
備 考		

(医療機関の名称、住所及び電話番号を必ず記入してください。)