

身体障害者福祉法第15条の規定に基づく指定医師の異動届について

届出書記載の注意事項及び次の点に留意して、必要事項を記載の上、届出書を作成してください。

◎留意事項

- ・県内市町村の医療機関から横須賀市の医療機関に異動する場合でも、異動届の他に、経歴書と医師の免許証の写しを必ず添付してください。
- ・作成にあたって不明な点等がありましたら、お問い合わせのうえ必要事項を確認してください。

事務担当・問合先

横須賀市福祉部障害福祉課
身体障害者手帳担当

電話 046-822-8248（直通）

身体障害者福祉法に基づく指定医師異動届

| | | |
|--------------------------------|---|------|
| (あて先) 横須賀市長 | 申請月日 年 月 日 | |
| 住 所 申 請 者 氏 名 印 | | |
| 標記指定医師は下記のとおり異動しましたのでお届けいたします。 | | |
| 医 師 氏 名 | フリガナ | |
| 生 年 月 日 | | |
| (旧) 所属 | 名称 所在地 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">電話</div> | |
| 診療科名及び 担当する障害区分 | 診療科名 | 障害区分 |
| 異動(退職)年月日 | 年 月 日 | |
| 異 動 事 由 (該当番号に○) | 1. 県外へ異動 2. 県内の異動 3. 市内の異動 4. 辞退 (理由を備考欄に記載) 5. その他 (内容を備考欄に記載) | |
| (新) 所属 | 名称 所在地 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">電話</div> | |
| 異 動 後 指 定 継 続 の 有 無 | 有 (着任等予定年月日 年 月 日) 無 | |
| 備 考 | | |

注意 1. 県内市町村の医療機関から横須賀市の医療機関に異動する場合は、異動届の他に経歴書及び医師免許証(写し)を添付してください。

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につき必要文字を必ず○で囲み、所要事項を記載してください。

経 歴 書

平成 年 月 日 現在

| | |
|--------------|------------|
| フリガナ 医師氏名 | 男・女 |
| 生年月日 | 年 月 日 (歳) |
| 所 属 | TEL |
| 診療科名 | |
| 担当しようとする障害区分 | |

経 歴

年 月 卒業

年 月 日 医師免許証取得 (第 号)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 自 | 年 | 月 | | |
| 至 | 年 | 月 | 年 | 月 |
| 自 | 年 | 月 | | |
| 至 | 年 | 月 | 年 | 月 |
| 自 | 年 | 月 | | |
| 至 | 年 | 月 | 年 | 月 |
| 自 | 年 | 月 | | |
| 至 | 年 | 月 | 年 | 月 |
| 自 | 年 | 月 | | |
| 至 | 年 | 月 | 年 | 月 |

- (注) 1. 医師免許証取得年月日及び医籍登録番号を必ず記載してください。
2. 従事した医療機関等の名称、診療科名及び身分(職名)を必ず記載してください。
3. 担当しようとする障害区分に関係のある医療経験年数を必ず記載してください。