

様式第2号(第5条)

身体障害者福祉法指定医内容変更・辞退届


茨城県知事 殿		年 月 日 (ふりがな) 届出者氏名
		印
区分	変 更 前	変 更 後 (変更年月日)
氏名		/
医 関 療 機 名		(. .)
医 所 療 在 地 機 関 地	市 町 番地 郡 村	市 町 番地 郡 村 (. .)
診 科 療 名		(. .)
担 当 科 目	視覚 聴覚・平衡機能・音声機能・言語機能・ そしゃく機能 肢体不自由 心臓機能 呼吸器機能 じん臓機能 ぼうこう機能・直腸機能 小腸機能 免疫機能 肝臓機能	/
内容変更又は辞退の理由		
辞退する年月日 (. .)		

注意 辞退届の場合にあっては、辞退する日前60日までに提出してください。

記載例（内容変更届）

様式第2号(第5条)

身体障害者福祉法指定医内容変更 辞退届

茨城県知事 殿		(ふりがな)
届出者氏名		医師本人が必ず押印すること。 
区分	変 更 前	変 更 後 (変更年月日)
氏名		
医 関 療 機 名	総合病院	医院 (平成21年・月・日)
医 所 療 在 機 関 地	水戸市笠原町 番地	水戸市赤塚 番地 (. .)
診 科 療 名	内科	(. .)
担 当 科 目	視覚 聴覚・平衡機能・音声機能・言語機能・ そしゃく機能 肢体不自由 心臓機能 呼吸器機能 じん臓機能 ぼうこう機能・直腸機能 小腸機能 免疫機能 肝臓機能	
内容変更又は辞退の理由		
平成21年 月 日 医院開業のため。		
辞退する年月日 (平成 年 月 日)		

注意 辞退届の場合にあっては、辞退する日前60日までに提出してください。

記載例（辞退届）

様式第2号(第5条)

身体障害者福祉法指定医内容変更・辞退届

茨城県知事 殿		年 月 日
		(ふりがな)
届出者氏名		印
区分	変 更 前	変 更 後 (変更年月日)
氏名		医師本人が必ず押印すること。
医 関 療 機 名	総合病院	(. .)
医 所 療 在 機 在 関 地	水戸市笠原町 番地	市 町 郡 村 番地 (. .)
診 科 療 名	内科	(. .)
担 当 科 目	視覚 聴覚・平衡機能・音声機能・言語機能・ そしゃく機能 肢体不自由 心臓機能 呼吸器機能 じん臓機能 ぼうこう機能・直腸機能 小腸機能 免疫機能 肝臓機能	
内容変更又は辞退の理由		
県外の病院への転勤により辞退する。		
		辞退する年月日 (平成21年12月 1日)

注意 辞退届の場合にあっては、辞退する日前60日までに提出してください。