

## 指 定 医 師 異 動 届 出 書

年 月 日

（あて先）

仙 台 市 長

医療機関名

印

（ふりがな）  
指定医師名

印

身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師の  
〔 医療機関名 〕  
〔 所在地 〕 に異動が  
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	〒 ー  （電話番号） ー
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

※添付書類 指定を証明する書類（宮城県の指令書）の写し