

様式9

指 定 医 師 異 動 届

年 月 日

宮城県知事 村 井 嘉 浩 殿

医療機関名 印

指定医師名 印
(現住所)

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 所在地に異動があった
所在地
ので、報告いたします。

記

新	医療機関名	
	所在地	
旧	医療機関名	
	所在地	

仙台市指定年月日	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の写し（指令書の写し）