

## 指定診断医勤務地等変更・辞退届

令和〇〇年〇〇月〇〇日

神戸市長 あて

届出する者 〇〇病院長 神戸 太郎

身体障害福祉法（昭和24年法律第283号）第15条第1項の規定による  
診断医師の指定について（変更しました）・辞退したい）ので、届けます。

市外への転勤・開業は「辞退」現在の病院は退職でも市内での転勤・開業は「変更」になります。

## 記

フリガナ 指定医師名	コウベ ハナコ 神戸 花子	専門科目	△△科
医療機関名	〇〇病院 TEL 〇〇〇-〇〇〇〇		
変更事項	勤務地変更	新（医療機関名）△△病院 （所在地）〇〇区〇〇町〇番〇号	TEL△△△-△△△△
		旧（医療機関名）〇〇病院 （所在地）△△区△△町△番△号	TEL△△△-△△△△
	その他 （ ）	新 神戸 花子（コウベ ハナコ） 旧 兵庫 花子（ヒョウゴ ハナコ）	お名前にはフリガナを
変更理由	病院転勤、戸籍上改姓 変更年月日 平成・令和〇〇年〇〇月〇〇日		
辞退理由	市外医療機関への転勤 辞退年月日 平成・令和 年 月 日		

注1 指定診断医師の死亡による辞退届出は、当該医師が病院勤務のときは病院代表者、開業医のときは親族とする。

注2 変更年月日および辞退年月日が不明の場合は、届出年月日を記入してください。