

令和〇〇年〇〇月〇〇日

(宛先) 金沢市長

医療機関開設者 職 氏名

身体障害者福祉法第15条に係る指定医師の
異動について

このことについて、次のとおり異動があったので、届けます。

記

指 定 医 師 名	金沢 太郎	
前 出 診	医 療 機 関 名	〇〇病院
	所 在 地	金沢市広坂1-1-1
	診 療 科 名	内科
後 出 診	医 療 機 関 名	■■クリニック 電話番号 (076) 〇〇〇-〇〇〇
	所 在 地	金沢市鞍月1-1
	診 療 科 名	内科
異 動 年 月 日	令和〇〇年〇〇月〇〇日	

(上記の件の問い合わせ先)

部署 総務課 担当 〇〇 電話 〇〇〇-〇〇〇〇