

年 月 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		
前	医 療 機 関 名	
	所 在 地	
	診 療 科 名	
出	医 療 機 関 名	電話番号
	所 在 地	
	診 療 科 名	
異 動 年 月 日		

(上記の件の問い合わせ先)

部署

担当

電話