指定医師従業場所変更届

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

北海道知事　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　指定医師　氏名

　次のとおり従業場所を変更したので、身体障害者福祉法施行細則第４条第２項の規定により届け出ます。

　　新従業場所（名　称）

　　　　　　　（所在地）

　　旧従業場所（名　称）

　　　　　　　（所在地）

　　変更年月日