

指定医師従業場所変更届

年 月 日

北海道知事 様

（ 氏 名 ）

指定医師 印

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