

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