

指定歯科医師勤務地等変更・辞退届

令和〇〇年〇〇月〇〇日

神戸市長 あて

届出する者 〇〇矯正歯科 神戸 太郎

口唇・口蓋裂後遺症等によるそしゃく機能の障害に関する歯科医師の指定について
(変更しました・辞退したい) ので、届けます。

市外への転勤・開業は「辞退」、現在の医療機関は退職でも市内での転勤・開業は「変更」になります。

指定歯科医師名	神戸 花子	専門科目	歯科
医療機関名	〇〇矯正歯科 TEL 〇〇〇-〇〇〇〇		
変更事項	勤務地変更	新 (医療機関名) △△病院 (所在地) △△区△△町△番△号	TEL△△△-△△△△
		旧 (医療機関名) 〇〇矯正歯科 (所在地) 〇〇区〇〇町〇番〇号	TEL〇〇〇-〇〇〇〇
	その他 ()	新 神戸 花子 (コウベ ハナコ) 旧 兵庫 花子 (ヒョウゴ ハナコ)	お名前にはフリガナを
変更理由	転勤、戸籍上改姓	変更年月日	平成・令和 〇年 〇月 〇日
辞退理由	辞退年月日 平成・令和 年 月 日		

注 指定歯科医師の死亡による辞退届出は、当該歯科医師が病院勤務のときは病院代表者、開業医のときは親族とする。

注2 変更年月日および辞退年月日が不明の場合は、届出年月日を記入してください。