

別紙5

年 月 日

岐阜県知事 様

(届出者)

所在地

医療機関名

代表者氏名

口唇・口蓋裂後遺症等によるそしゃく機能障害に関する「歯科医師による診断書・意見書」を作成する歯科医師の勤務する医療機関等の変更について

このことについて、下記のとおり変更したいので届け出ます。

記

変更前

変更後

変更年月日

当医療機関に勤務する指定歯科医師名

【問い合わせ先】

所属：

担当氏名：

電話番号：

(この届出は、医療機関の代表者が行って下さい。)

※岐阜市内の医療機関に異動される場合は変更届ではなく、辞退届を岐阜県に提出して下さい。また、異動後の医療機関において、新規指定の手続きを岐阜市で行ってください。