指定歯科医師勤務地等変更・辞退届

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和年月日

　　神　戸　市　長　　あて

　　　　　　　　　　　　　届出する者

　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。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  | **歯科** |
| 医療機関名 | TEL | | | |
|  | 勤務地変更 | 新（医療機関名）　　　　　 　TEL  　（所在地） | | |
| 旧（医療機関名）　　　　 　TEL  （所在地） | | |
| その他  （　　　） | 新 | | |
| 旧 | | |
|  | 変更年月日　平成・令和 年 月 日 | | | |
|  | 辞退年月日　平成・令和　 年　 月　 日 | | | |

注１　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。