

別紙様式 3 - 2

令和 年 月 日

厚生労働大臣 殿

住 所

氏 名

生年月日 年 月 日

下記のとおり、住所地に変更がありましたので精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行規則第4条の12第2項の規定に基づき届け出ます。

1 住所地

新住所

旧住所

2 指定医証の番号 第 号

3 指定医証の交付年月日 年 月 日

4 指定医証の有効期限 年 月 日

※ 本届出はご自宅の現住所地に変更があった場合に届け出て下さい。

※ 本届出は、変更後の住所地の都道府県又は指定都市の精神保健福祉担当課あてに提出して下さい。

※ 本届出に記載された個人情報については精神保健指定医の指定のほか、指定後の指定医研修会の受講案内通知等の精神保健指定医制度の運用のためにのみ利用致します。