様式第１７号

　　年　　月　　日

山形県知事　殿

歯科医師氏名

（届出人氏名）

指定歯科医師変更届

下記のとおり変更を生じたので届け出ます。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 変更年月日 | 年　　　月　　　日 | | |
| 変更内容 | 氏　　名 | 変更前 |  |
| 変更後 |  |
| 勤 務 先  名　　称 | 変更前 |  |
| 変更後 |  |
| 勤 務 先  住　　所 | 変更前 |  |
| 変更後 |  |
| 変更理由 | １　勤務先病院等の変更  ２　戸籍の異動等に伴う氏名の変更  ３　その他  　　（　　　　　　　　　　　　　　） | | |

　※変更理由の欄は、該当するものを○で囲んでください。