

指 定 医 師 変 更 届

	新	旧
医療機関名		
所 在 地	(電話)	
変更年月日		
変更理由		
そ の 他		

身体障害者福祉法第 1 5 条第 1 項の規定による指定医師について上記のとおり変更したいのでお知らせします。

令和 年 月 日

指定医師名

堺 市 長 殿

医療機関、所在地、氏名などに変更があったとき提出してください。