

指 定 医 師 変 更 届

	新	旧
医療機関名	医療法人△△会□□病院	医療法人△△会〇〇病院
所 在 地	堺市堺区北瓦町〇番〇号 電話 〇〇〇—〇〇〇〇)	堺市堺区南瓦町3番1号
変更年月日	令和〇年〇月〇日	
変更理由	人事異動のため	
そ の 他		

身体障害者福祉法第15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 〇年 〇月 〇日

指定医師名

堺 太郎

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。