**指 定 医 師 変 更 届**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 新 | 医療機関名 |  | |
| 電話・郵便番号 | （　　　　　）　　　－ | 〒  － |
| 住　　　所 | 市  町  郡 | |
| 旧 | 医療機関名 |  | |
| 住　　　所 | 市  町  郡 | |
| 変更年月日 | | 年　　　　月　　　　日 | |
| 変更理由 | |  | |
| 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  変更したのでお知らせします。  年　　　月　　　日  指定医師氏名  佐　世　保　市　長　様 | | | |