

指 定 医 師 変 更 届

	新	旧
(フリガナ)		
医 師 氏 名		
医 療 機 関 名	(担当診療科名：)	(担当診療科名：)
所 在 地	(〒)	(〒)
変 更 年 月 日	年 月 日	
変 更 理 由		
そ の 他		
<p>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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>指定医師氏名</p> <p style="text-align: center;">大阪府知事 様</p>		

医療機関、所在地、氏名、担当診療科名等に変更があったとき届け出てください。