様式１

身体障害者福祉法による指定医師変更届

|  |  |
| --- | --- |
| 診断する障害の種類 |  |
| 診療科目 |  |
| 指定医師氏名 |  |
| 変更前 | 勤務先医療機関名 |  |
| 同上所在地 |  |
| 変更後 | 勤務先医療機関名 |  |
| 同上所在地 | （〒　　　－　　　　） |
| 電話番号 |  |
| 変更年月日 |  |
| 変更理由 |  |

　上記のとおり届け出ます。

　　　　　　　令和　　年　　月　　日

（宛先）静岡市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名