様式第５号

指 定 医 師 変 更 届

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 新 | 旧 |
| （ﾌﾘｶﾞﾅ） |  |  |
| 医師氏名 |  |  |
| 医療機関名 |  |  |
| （診療科目：　　　　　　　） |
| 所在地 | （〒　　　　　　） |  |
|  |
| 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いのでお知らせします。 | | |
| 令和　　　年　　　月　　　日 | | |
| 指定医師氏名 | | |
| 吹田市長　宛 | | |

医療機関、所在地、氏名等に変更があったとき届出して下さい。