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。