

## 指 定 医 師 変 更 届

|                                                                                                              | 新           | 旧           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|
| (フリカゝナ)                                                                                                      |             |             |
| 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<br/>上記のとおり変更したいのでお知らせします。</p> <p>年 月 日</p> <p>指定医師氏名</p> <p>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。