

# 指 定 医 変 更 届

年 月 日

盛 岡 市 長 様

指定医氏名 (※)

※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師の指定内容について、次のとおり変更したので届出します。

記

	新	旧
医療機関名	TEL ( )	TEL ( )
所在地		
変更年月日	年 月 日	
変更理由		
その他		