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 | ℡　　　　　（　　　　） | ℡　　　　　（　　　　） |
| 所在地 |  |  |
| 変更年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 変更理由 |  |
| その他 |  |