身体障害者福祉法第１５条指定医師変更届

　　　年　　　月　　　日

岡山市長　様

届出者

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

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、下記のとおり変更しましたので、お届けします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 変更事項 | | 変　　更　　前 | 変　　更　　後 |
| フ　リ　ガ　ナ | |  |  |
| 指定医師氏名 | |  |  |
| 医療機関 | 名称 |  |  |
| 所在地 | 〒 | 〒 |
|  |  |
| 電話番号 |  |  |
| 担当診療科名 | |  |  |
| 変更理由  （該当するものに○） | | １　市内の異動（勤務医療機関変更、開業）  ２　医療機関の名称又は所在地の変更  ３　氏名の変更  ４　その他 | |
| 変更年月日 | | 年　　　月　　　日 | |

（注）１　変更前はすべて記入し、変更後は変更した事項のみ記入してください。

２　岡山市外へ異動の場合は、辞退届を提出してください。

３　岡山市外からの異動の場合は、新規指定申請により岡山市で新たに指定を受けていただく必要がありますので、指定申請の手続きをしてください。