

様式第5号

指 定 医 師 異 動 届

平成 年 月 日

大阪市長 様

医 療 機 関 所 在 地

医 療 機 関 名 称

医 療 機 関 代 表 者 氏 名

印

身体障害者福祉法第15条第1項の規定による指定を受けた医師の異動について

身体障害者福祉法第15条第1項の規定による指定を受けた医師について、次のとおり異動したので届出いたします。

記

医 師 氏 名

指 定 を 受 け た 診 療 科

指 定 を 受 け た 障 が い の 種 類

新 勤 務 先 医 療 機 関 名

新 勤 務 先 所 在 地

診 療 科

異 動 年 月 日

平成 年 月 日