

様式第6号

# 指 定 医 師 変 更 届

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

㊞

(指定医師氏名)

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変更について

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、次のとおり変更がありますので届出いたします。

|            | 新 | 旧 |
|------------|---|---|
| 医療機関名      |   |   |
| 診療科名       |   |   |
| その他<br>( ) |   |   |
| 変更理由       |   |   |

変更内容を確認できる書類（証明書等）を添付してください。