

様式第6号

指定医師変更届

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

(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 ()		
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。