令和　　年　　月　　日

　（あて先）岐　阜　市　長

（申請者）

所在地

医療機関名

代表者氏名 　　㊞

電話番号

　　　　　　身体障害者福祉法第１５条第１項に規定する医師の

　　　　　　指定について（変更届）

このことについて、下記の指定医は、本医療機関で医療に従事することになりましたのでお届けします。

記

１　指定医師名

２　指定を受けている担当科目

３　前勤務医療機関

所在地

名　称

４　変更年月日 令和　　年　　月　　日