

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