

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

⑩

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
異動について (届出)

このことについて、下記の者が異動しましたのでお届けします。

記

1 指定医師名

2 担当科目

3 異動先 所在地

名 称

異動年月日

令和 年 月 日