年　　月　　日

　（あて先）岐　阜　市　長

 （届出者）

 所在地

 医療機関名

 代表者氏名

 電話番号

口唇・口蓋裂後遺症等によるそしゃく機能障害に関する「歯科医師による診断書・意見書」を作成する歯科医師の勤務する医療機関などの変更について（届出）

 このことについて、下記のとおり変更しますので届け出ます。

記

１　指定歯科医師名

２　担当科目

３　変更前

４　変更後

５　変更年月日

（この届出は、医療機関の代表者が行って下さい。）

※岐阜市外の医療機関に異動される場合は変更届ではなく、辞退届を提出して下さい。また、異動後の医療機関において、新規指定の手続きを行って下さい。