

(様式第4号)

## 指 定 医 師 変 更 届

	新	旧
医 療 機 関 名		
所 在 地		
氏 名		
変 更 年 月 日	年 月 日	
変 更 理 由		
そ の 他		
<p>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 上記のとおり変更がありますので届け出ます。</p> <p>(宛先) 枚方市長 年 月 日</p> <p>指定医師氏名 (届出者氏名)</p> <p style="text-align: right;">印</p>		

医療機関、所在地又は氏名に変更があるときに提出して下さい。