

## 様式 1

## 身体障害者福祉法による指定医師変更届

診断する障害の種類	肢体不自由	
診療科目	整形外科	
指定医師氏名	静岡 二郎	
変更前	勤務先医療機関名	〇〇総合病院
	同上所在地	静岡県〇〇市〇〇町〇〇番地
変更後	勤務先医療機関名	医療法人〇〇会 〇〇病院
	同上所在地	(〒〇〇〇-〇〇〇〇) 静岡県〇〇市〇〇町〇〇番地
	電話番号	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
変更年月日	令和〇年〇〇月〇〇日	
変更理由	勤務先の変更のため	

上記のとおり変更しましたのでお届けいたします。

令和〇年〇〇月〇〇日

住所 静岡県〇〇市〇〇町〇〇番地

氏名 静岡 二郎 ㊟  
(氏名を自署する場合は押印を不要とする。)

静岡県知事

様