

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		
診療科目		
指定医師氏名		
変更前	勤務先医療機関名	
	同上所在地	
変更後	勤務先医療機関名	
	同上所在地	(〒 -)
	電話番号	
変更年月日		
変更理由		

上記のとおり変更しましたのでお届けいたします。

令和 年 月 日

住所

氏名 ㊟
(氏名を自署する場合は押印を不要とする。)

静岡県知事 様