**身体障害者福祉法指定医師変更届**

　　年　　月　　日

郡　山　市　長

住所

指定医師

氏名　　　　　　　　　　　　　　　 ㊞

身体障害者福祉法第１５条第１項の規定による医師として指定されておりましたが、　　　　　年　　月　　日、下記のとおり変更したので届け出ます。

記

○変更事項（該当するものに○を付けてください。）

１ 勤務先（名称・所在地・電話番号）　　　　　２ 氏名

３ 診療科　　　　　４ その他

○変更内容

|  |  |
| --- | --- |
| 新 |  |
| 旧 |  |