様式第２号

# 指定医師変更届

<table>
<tr><td rowspan="3">新</td><td>医療機関名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>電話<br>郵便番号</td><td>（　　）　　－</td><td>〒<br>－</td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="2">市<br>町<br>郡</td></tr>
<tr><td rowspan="2">旧</td><td>医療機関名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="2">市<br>町<br>郡</td></tr>
<tr><td colspan="2">変更年月日</td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">変更理由</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">その他</td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

身体障害者福祉法第１５条第１項の規定による指定医師について、上記のとおり変更したのでお知らせします。

年　　月　　日

指定医師氏名　　印

長崎県知事様