

## 指定内容変更届

令和 年 月 日

倉敷市長 あて

指定医師氏名 \_\_\_\_\_

診療科名 \_\_\_\_\_

医療機関名称 \_\_\_\_\_

代表者氏名 \_\_\_\_\_

身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師の指定内容について、下記のとおり変更したので届けます。

## 記

変更事項	変更前	変更後
ふりがな 医師氏名		
医療機関名		
所在地	〒 倉敷市	〒 倉敷市
電話番号	TEL	TEL
変更年月日	令和 年 月 日	
変更理由		

※ 太枠の欄はすべての項目を記入し、変更後の欄は変更のあった項目のみ記入すること。