様式第8号(5条関係)

年　　月　　日

　　　高知市長　　　　　様

医師の氏名

身体障害者指定医変更届

　　下記のとおり変更しましたので，届け出ます。

記

　１　変更年月日　　　　　　　　　年　　月　　日

　２　変　更　理　由

　３　変　更　内　容

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項　　　　　目 | 変　　　更　　　前 | 変　　　更　　　後 |
| 勤務先（医療機関の名称） |  |  |
| 所在地 |  |  |
| 氏名 |  |  |
| 診療科目 |  |  |

　備考　１　この変更届は，内容に変更が生じた日から20日以内に提出してください。

　　　　２　変更後の診療科目が２科目以上のときは，１科目を選んで記載してください。