

様式第 1 号

身体障害者指定医師勤務地等変更届出書

年 月 日

明石市長 宛

氏名

印

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下記のとおり

変更ありましたので

休止したいので 届出ます。

廃止したいので

記

医療機関名			
所在地			
指定医師名		診療担当科名	
変更事項			
休止又は廃止の理由			
変更、休止又は廃止の年月日			
備考			