**指　定　医　師　変　更　届**

　　　　　　　　　年　　月　　日

（宛先）名古屋市長

指定医師氏名

医療機関名

　私は、身体障害者福祉法第１５条による指定を受けていますが、次のとおり変更がありましたので、届出します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　　区　　分 | 旧 | 新 |
| 変　更　事　項 |  |
| 変　更　内　容 |  |  |
| 変更年月日 |  |