**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、口唇・口蓋裂後遺症等によるそしゃく機能障害に関する「歯科医師による診断書・意見書」を作成する歯科医師として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 |  | |