**指　定　医　師　異　動　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、主たる**

**勤務地が変更したので届出します。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **旧勤務地** | **名　　称** |  |
| **所 在 地** |  |
| **新勤務地** | **名　　称** |  |
| **所 在 地** |  |
| **電話番号** |  |
| **変更年月日** |  |