様式第3号

指定医医療機関等変更届

年　　月　　日

千葉市長　　様

住所

氏名

身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師の医療機関等に変更があったので、身体障害者福祉法施行細則第4条の規定により、次のとおり届け出ます。

1　変更事由（該当項目の□に✓印を入れること。）

□　勤務先の変更　　□　医師の氏名（　　→　　）

□　医療機関の名称変更　　□　その他（　　）

□　医療機関の所在地変更

2　新医療機関

名　　称

所 在 地

連絡先電話番号　（　　－　　－　　）

連絡先電子ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ　（　　@　　）

担 当 診 療 科 目

診断する障害の区分

3　旧医療機関

名　　称

所 在 地

連絡先電話番号　（　　－　　－　　）

連絡先電子ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ　（　　@　　）

4　変更年月日

年　　月　　日