様式第3号

指定医医療機関等変更届

令和　○　年　○　月　○　日

千葉市長　　様

住所　千葉市中央区千葉港○-○
※医師本人の住所を記載してください。
氏名　千葉　太郎

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 ※「医師の氏名」や「その他」の場合はこちらに現在在籍している医療機関の情報を記載してください。

名　称　医療法人社団○○会　○○病院

所在地　千葉市中央区千葉港○-○

連絡先電話番号　（043-○○○-○○○○）

連絡先電子ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ　（　　@　　）

担当診療科目　○○科

診断する障害の区分　呼吸器機能障害

3　旧医療機関

名　称　△△病院

所在地　千葉県船橋市○○町○○-○－○

連絡先電話番号　（047-○○○-○○○○）

連絡先電子ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ

4　変更年月日

令和　○　年　○　月　○　日