様式第４号（第１０条関係）

身体障害者福祉法指定医医療機関等変更届

　　 年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　指定医氏名

　　群馬県知事　　　　　　　　　あて

　下記のとおり医療機関等を変更したので、「身体障害者福祉法第１５条の規定による医師の指定に関する要綱」第１０条の規定により届けます。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 変　更　前 | 変　更　後 | 変 更 年 月 日 |
| 診療に従事する  医療機関名 |  |  |  |
| 医療機関所在地 | (〒　　　－　　) | (〒　　　－　　) |
| 医療機関電話番号 |  |  |
| 氏　　名 |  |  |