別記第5号様式(第6条関係)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 指定医変更届  年　　月　　日  　和歌山県知事　様  届出者　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又は氏名に次のとおり変更があったので、身体障害者福祉法施行細則第6条第2項により届け出ます。 | | | | | |
|  | 変更事項 | 変更前 | 変更後 |  |
| ふりがな  医師氏名 |  |  |
| 診療に従事する医療機関 |  |  |
| 医療機関の所在地 |  |  |
| 電話番号 |  |  |
| 変更年月日 |  | |
| 備考 | | |
| 注　変更先が県外の医療機関である場合は、指定医辞退届(別記第6号様式)のみを提出してください。 | | | | | |