

第三号様式（第四条）

（e）

指定医医療機関変更届

年 月 日

千葉県知事 様

住 所

ふりがな

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に変更があつ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（県内・県外） 勤務先の追加 医療機関の名称変更

医療機関の所在地変更 その他（ ）

2 新（追加）医療機関

ふりがな

名 称

所 在 地

電話番号

担当診療科目

3 旧（既指定）医療機関

ふりがな

名 称

所 在 地

電話番号

担当診療科目

診断する障害の種類

4 変更年月日

注 担当診療科目には、専門とする診療科名一つを記入すること。