

様式第 4 号

身体障害者福祉法指定医師変更届

区 分	新	旧
病院又は 診療所の 名 称		
所 在 地		
変 更 年 月 日	令和 年 月 日	
身体障害者福祉法第 1 5 条第 1 項の規定による指定医師の上記項目について 変更したので届出します。 年 月 日 医 師 名 印 松 山 市 長 殿		