

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	平成 年 月 日	
<p>身体障害者福祉法第15条第1項の規定による指定医師の上記項目について 変更しましたのでお届けします。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>医 師 名 印</p> <p>松 山 市 長 殿</p>		