様式第１８号（仙台市内の変更）

指 定 医 師 変 更 届 出 書

　　年　　月　　日

（あて先）

　仙　　台　　市　　長

医療機関名

（ふりがな）

指定医師名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

身体障害者福祉法第１５条第１項に規定する医師の　　　所　在　地　　　に変更が

氏　　　名

あったので、報告いたします。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 新 | （ふりがな）  医療機関名 |  |
| 所在地 | 〒　　　－  （電話番号）　　　　－ |
| 氏名 |  |
| 旧 | 医療機関名 |  |
| 所在地 |  |
| 氏名 |  |