

(様式第5号)

## 指定医師変更届

	新	旧
医師氏名		
医療機関名		
所在地		
変更年月日		
変更理由		
その他		
<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について 上記のとおり変更したいのでお知らせします。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">指定医師氏名</p> <p>(宛先) 高槻市長 様</p>		

医療機関、所在地、氏名等に変更があったとき届出して下さい。