

指 定 医 医 療 機 関 追 加 届

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

千葉市長 様

住所 千葉市中央区千葉港○-○
※医師本人の住所を記載してください。

氏名 千葉 太郎

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追加があったので、身体障害者福祉法施行細則第4条第2項の規定により、次のとおり届け出ます。

1 追加医療機関

名 称 医療法人社団○○会 ○○病院

所在地 千葉市中央区千葉港○-○

連絡先電話番号 (043 -○○○-○○○○)

連絡先電子メールアドレス (@)

担当診療科目 ○○科

診断する障害の区分 肢体不自由

2 既指定医療機関

名 称 医療法人社団○○会 ○○病院

所在地 千葉市若葉区貝塚○-○-○

連絡先電話番号 (043 -○○○-○○○○)

連絡先電子メールアドレス (@)

3 追加年月日

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日