

様式第3号

指 定 医 療 機 関 変 更 届

年 月 日

千葉市長 様

住所

氏名

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

1 新(追加)医療機関

名 称

所在地

連絡先電話番号 ( — — )

連絡先電子メールアドレス ( @ )

担当診療科目

診断する障害の区分

2 旧(既指定)医療機関

名 称

所在地

連絡先電話番号 ( — — )

連絡先電子メールアドレス ( @ )

3 変更(追加)年月日

新(追加) } のいずれか一方を生かすように記入のこと  
旧(既指定) }