第３号様式

|  |
| --- |
| 指定医医療機関変更届  年　　月　　日  船橋市長　　　　　　　　　あて  住所  　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５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  電話番号  担当診療科目  診断する障害の区分   1. 旧（既指定）医療機関   名　　称  所在地  電話番号   1. 変更事由（下記の中から、該当する□に印をつけること）   □医療機関の変更　□医療機関の追加　□医療機関の名称の変更  □医療機関の所在地の変更　□その他（　　　　　　　　　　　）   1. 変更（追加）年月日 |

新（追加）　→いずれか一方を生かすように記入のこと

旧（既指定）→いずれか一方を生かすように記入のこと