

身体障害者福祉法第15条に基づく医師の指定内容変更届

		年	月	日
(あて先) 川崎市長				
届出者：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指定内容について、次のとおり変更したので届け出ます。				
フリガナ				
医師氏名				
担当障害分野		☐ 視覚障害 ☐ 聴覚又は平衡機能障害 ☐ 音声機能、言語機能又はそしゃく機能障害 ☐ 肢体不自由 ☐ 心臓機能障害 ☐ 呼吸器機能障害 ☐ じん臓機能障害 ☐ ぼうこう又は直腸機能障害 ☐ 小腸機能障害 ☐ ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害 ☐ 肝臓機能障害		
所属医療機関名	名称			
	所在地	〒 TEL FAX		

【変更内容】

変更事項	氏名変更・医療機関の名称又は住所変更等・その他	
発生年月日	年	月 日
変更内容	旧	新
備 考		
指定内容変更 確認書 の送付先	〒	

(注) 1 複数の医療機関において指定されている場合は、診療に従事するすべての医療機関名及び所在地を併記してください。

2 医療機関の異動の場合は、異動届（様式4）により届けてください。