

(様式 6 )

**指定医師変更届**

年 月 日

(あて先) 浜松市長

住 所

指定医師

医師氏名

次のとおり変更しました事項について、お届けします。

項目	変更前	変更後
医療機関	名称	
	所在地	〒
	診療科目	
	電話番号	
フリガナ		
医師氏名		
担当障害種別		
変更年月日		年 月 日
変更理由		

(注) 静岡県内の他市町へ異動する場合は、指定書（写）を添付してください。

※ 届出内容のお問合せ先（必ず記入）

届出者又は事務担当者名

電話