様式４

身体障害者福祉法指定医師指定診療場所等変更届

令和　　年　　月　　日

京　都　府　知　事　　様

次のとおり変更しましたので、届け出ます。

□　氏名の変更　　□　診療場所の変更　　□　医療機関の名称変更

□　その他（　　）

また、この変更届の記載事項について、京都府が公表することに同意します。

変　更　年　月　日		令和　　年　　月　　日
変更の内容	新	
	旧	
備　　考		

（添付書類）　氏名変更の場合は、当該事実を記載した医師免許証の写しを添付

届　出　者

医療機関の所在地 （※は記入不要）	（〒　　－　　） （TEL　　－　　－　　）	※ 医療機関コード										
医療機関の名称												
フリガナ 申請医師氏名 （※は記入不要）											※指定番号	
	㊞											
担当診療科名												