

(様式第3号)

身体障害者福祉法第15条第1項の指定医師の  
医療機関（氏名）変更届

年 月 日

長野市長 あて

医師氏名

医療機関住所

医療機関名

下記のとおり 医療機関  
氏 名 を変更しました。

変更年月日	年 月 日	
変更事項	新	
	旧	
備考		