

(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