

(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

(署名又は記名押印)

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			
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