

診 療 場 所 の 変 更 届

身体障害者福祉法第15条による身体障害者診断場所を次のとおり変更しましたから、
お届けします。

旧診療場所

(住所)

(病院又は診療所名)

新診療場所

(住所)

(病院又は診療所名)

変更年月日

年 月 日

年 月 日

徳 島 県 知 事 殿

診療場所

所在地

名称

電話番号

科 氏 名

氏名の変更届

身体障害者福祉法第15条による指定医師の氏名を次のとおり変更しましたから、お届けします。

	姓	名
(フリガナ) 変更前		
(フリガナ) 変更後		

変更年月日 年 月 日

年 月 日

徳島県知事 殿

診療場所

所在地

名称

電話番号

科 氏名