

記 載 例

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)

△△市△町△△丁目△△-△

(病院又は診療所名)

△△病院

新診療場所

(住所)

〇〇市〇〇町〇〇丁目〇〇-〇

(病院又は診療所名)

〇〇病院

変更年月日

令和〇年 〇月 〇日

届出をした年月日

令和〇年 〇月 〇日

徳 島 県 知 事 殿

届出時の診療場所をご記入ください。

診療場所

所 在 地

〇〇市〇〇町〇〇丁目〇〇-〇

名 称

〇〇病院

電話番号

〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇

科

氏 名

〇〇〇科

〇〇

〇〇

記載例

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	〇〇ヤマ 〇山	〇〇〇〇 〇〇
(フリガナ) 変更後	〇〇カワ 〇川	〇〇〇〇 〇〇

変更年月日 令和〇 年 〇月 〇日

令和〇 年 〇月 〇日

徳島県知事 殿

診療場所

所在地 〇〇市〇〇町〇〇丁目〇〇-〇

名称 〇〇病院

電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇

科 氏名 〇〇〇科 〇〇 〇〇