**第２号様式**（第２条、第３条関係）

年　　月　　日

高知県知事　様

医師氏名

身体障害者福祉法指定医変更届

身体障害者福祉法第15条第１項に規定する医師として、下記のとおり変更しましたので、届け出ます。

記

１　変更年月日

２　変更の理由

３　変更の内容

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項目 | 変更前 | 変更後 |
| 医療機関の名称 |  |  |
| 医療機関の所在地 |  |  |
| 氏名 |  |  |
| 勤務先 |  |  |

注　指定の内容を変更した場合の届出は、変更した日から20日以内に提出してください。