様式６

指定医師指定内容変更届

　　年　　月　　日

　京都市長　　様

【届出人】

氏　名

連絡先　　　　　　（　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　※代理人の場合に記載

　　　　　　　　　　　　　　　　　続　柄

　身体障害者福祉法第15条第1項の規定による指定医師について、次のとおり変更

したので、届出します。

【変更箇所】 (□にチェックをしてください。)

指定医師　 [ ] 　氏名　[ ] 　障害種別

医療機関　 [ ] 　名称　[ ] 　住所　[ ] 　電話番号　[ ] 　診療科目

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 変更事由 | 新 | 旧 |
| 氏 名 |  |  |
| 医　療　機　関 | 名　　称 |  |  |
|  | 住　　所 | 〒 | 〒 |
|  | 電話番号 |  |  |
|  | 診療科目 |  |  |
| 指定を受けた障害の種別(一部辞退) | [ ]  肢体 | [ ]  視覚 | [ ]  聴覚 | [ ]  肢体 | [ ]  視覚 | [ ]  聴覚 |
|  | [ ]  平衡 | [ ]  音・言 | [ ] そしゃく | [ ]  平衡 | [ ]  音・言 | [ ] そしゃく |
|  | [ ]  心臓 | [ ]  腎臓 | [ ] 呼吸器 | [ ]  心臓 | [ ]  腎臓 | [ ] 呼吸器 |
|  | [ ]  ぼ・直 | [ ]  小腸 | [ ]  免疫 | [ ]  ぼ・直 | [ ]  小腸 | [ ]  免疫 |
|  | [ ]  肝臓 |  |  | [ ]  肝臓 |  |  |
| 理由 |  |
| 変更年月日 |  　年 月 日から | 　　　　　年 月 日まで |

【注】

1 届出人は指定医師を原則とするが、代理人が届け出る場合は続柄を記載すること。

2　変更箇所は、新旧すべてに記載すること。

3　指定を受けている障害種別を追加する場合は、「障害種別追加申請書（様式５）」によること。

4　勤務指定医師が市外へ転出した場合は、「辞退届（様式７）」によること。

5 医療機関の変更は、同意書（様式２）及び承諾書（様式３）を添付すること。