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。