

## 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)		<input type="checkbox"/> 肢体	<input type="checkbox"/> 視覚	<input type="checkbox"/> 聴覚	<input type="checkbox"/> 肢体	<input type="checkbox"/> 視覚	<input type="checkbox"/> 聴覚
		<input type="checkbox"/> 平衡	<input type="checkbox"/> 音・言	<input type="checkbox"/> そしゃく	<input type="checkbox"/> 平衡	<input type="checkbox"/> 音・言	<input type="checkbox"/> そしゃく
		<input type="checkbox"/> 心臓	<input type="checkbox"/> 腎臓	<input type="checkbox"/> 呼吸器	<input type="checkbox"/> 心臓	<input type="checkbox"/> 腎臓	<input type="checkbox"/> 呼吸器
		<input type="checkbox"/> ぼ・直	<input type="checkbox"/> 小腸	<input type="checkbox"/> 免疫	<input type="checkbox"/> ぼ・直	<input type="checkbox"/> 小腸	<input type="checkbox"/> 免疫
		<input type="checkbox"/> 肝臓			<input type="checkbox"/> 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。