第４号様式（第５条関係）

指定医変更・兼務等届

令和　　年　　月　　日

（宛先）奈良市長

所在地及び名称

氏　　　　　名　　　　　　　　　　　　　　　印

※指定医師（医療機関に勤務する場合は医療機関の開設者）

　　奈良市身体障害者福祉法施行細則第５条の規定により、次のとおり届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項　　　目 | 変更前（本務） | 変更後（兼務） |
| 医療機関の名称 |  |  |
| 医療機関の所在地 | TEL | TEL |
| 開設者の住所 |  |  |
| 開設者の氏名又は名称 |  |  |
| 指定医の氏名 |  |  |
| 標ぼうしている診療科名  (指定に関係のあるものに限る。) |  |  |
| 医療機関の休止、廃止又は再開 |  | |
| 医療法第２４条、第２８条又は 第２９条に規定する処分 |  | |
| 変更等の年月日 | 年　　　　月　　　　日 | |
| 備考 | ※変更事由いずれかに○をつけてください。  　①医療機関の異動　②医療機関の兼務　③その他（　　　） | |