

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 ㊟

※指定医師（医療機関に勤務する場合は医療機関の代表者）

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 2 4 条 、 第 2 8 条 又 は 第 2 9 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（ ）	