

記入例

様式第3

身体障害者福祉法による指定医変更届

令和7 年 5 月 10 日

(あて先) 一宮市長

指定医氏名 一宮 太郎

下記のとおり変更等がありましたので届けます。

記

変更等の区分		新	旧
氏 名			
住 所			
診療従事 医療機関	名 称	一宮病院	障害福祉医療センター
	所在地	一宮市東五城字備前12番地 (TEL 0586-28-9017)	一宮市本町2丁目5番6号
行政処 分	免許取消	年 月 日	
	医業停止	年 月 日から 年 月 日まで	
変更年月日		令和7 年 4 月 1 日	
備 考			

(記入要領)

- 「氏名」に変更のあった場合は、変更後の医師免許証の写しを添付すること。
- 「診療従事医療機関・名称」は、必ず正式名称を記載すること。

一宮市身体障害者福祉法施行細則3条（1）

同 意 書

令和7 年 5 月 10 日

（あて先） 一宮市長

開設許可を受けた開設者氏名を記載すること。
（例えば、医療法人の場合は、法人名称、理事長等の職・氏名を記載すること。）

指定を希望する医師氏名 一宮 太郎

診療に従事する医療機関の開設者氏名 医療法人いちのみやの会
理事長 福祉 花子

身体障害者福祉法第15条に規定する医師に指定されることを同意します。

診療に従事する 医療機関	名 称	一宮病院	
	所 在 地	一宮市東五城字備前12番地	
	標榜診療科	内科、外科、皮膚科、歯科・歯科口腔外科、眼科	
指定を希望する医師の担当診療科		内科	