

母体保護法指定医師 氏名変更届

令和 ○年 ○月 ○日

大 阪 府 医 師 会 長 殿

法人名を含め名称を正確にご記入ください

医療機関所在地 大阪府○市○区…

同 名 称 ○○会○○病院

氏^ふ ^り ^が ^な 名 (新) ^{おおさか} 大阪 ^{はなこ} 花子

(旧) ^{かんさい} 関西 ^{はなこ} 花子



私 儀

令和 ○年 ○月 ○日付をもって氏名変更をいたしましたので、
お届けいたします。

旧姓併記の場合は、医師免許証の表記に準じて
ご記入ください。

例：^{おおさか}大阪 ^{はなこ}花子（^{かんさい}関西 ^{はなこ}花子）

〔 令和 年 月 日 〕
医師会経由^印