指定小児慢性特定疾病医療機関　休止・廃止・再開届出書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 該当するものに○をつけてください。 | | 病院 ・ 診療所　　　薬局　　　訪問看護事業者 |
| 保険医療機関等 | 名称 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 医療機関コード |  |
| 休止・廃止・再開理由 | |  |
| 休止・廃止・再開年月日 | |  |
| 上記のとおり、児童福祉法施行規則（昭和23年厚生省令第11号）第７条の36の規定に基づき届出します。  　　　　　　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　開設者　住　所（法人にあっては所在地）  　　　　　　　　　　　　　　　　 氏　名（法人にあっては名称及び代表者氏名）      　　（あて先）一宮市長 | | |

担当者

連絡先電話番号

（届出書の内容確認等のために連絡させていただくことがあります。）