

## 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		
<p>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。</p> <p style="text-align: center;">年    月    日</p> <p style="text-align: center;">開設者 住 所(法人にあつては所在地)</p> <p style="text-align: center;">氏 名(法人にあつては名称及び代表者氏名)</p> <p>(あて先)一宮市長</p>		

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。)