指定小児慢性特定疾病医療機関　廃止・休止・再開届出書

申請の種別（いずれかに〇）		１　病院・診療所　２　薬局　３　訪問看護事業者
保険医療機関等	名称	
	所在地	〒
	電話番号	
	コード※１	
開設者※２	住所又は所在地	〒
	氏名又は名称	
区分		廃止　・　休止　・　再開
廃止・休止・再開年月日		年　月　日
理由		

上記のとおり、児童福祉法施行規則第７条の３６の規定により業務の
廃止・休止・再開　を届け出ます。

年　月　日

開設者※２

住所　〒

氏名又は名称
（法人にあっては名称及び代表者職・氏名）

連絡先電話番号

徳島県知事　殿

※１　医療機関の場合は医療機関コード、薬局の場合は薬局コード、訪問看護事業者の場合は訪問看護ステーションコード又は介護保険事業所番号を記載してください。
※２　訪問看護事業者の場合は、事業者及び代表者について記載してください。
※３　廃止の場合は、指定通知書を添付してください。