

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○)   |         | 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      | 〇〇内科                          |  |
|  | 所在地     | 〒770-〇〇〇〇<br>徳島市〇〇町〇-△-□      |  |
|  | 電話番号    | 088-〇〇〇-〇〇〇〇                  |  |
|  | コード※1   | 7654321                       |  |
| 開設者※2  | 住所又は所在地 | 〒770-〇〇〇〇<br>徳島市〇〇町〇-△-□      |  |
|  | 氏名又は名称  | 医療法人 〇〇内科                     |  |
| 区分   |         | ① 廃止    ・ 休止    ・ 再開          |  |
| 廃止・休止・再開年月日  |         | 令和〇年△△月〇〇日                    |  |
| 理由   |         | 閉院するため                        |  |
| <p>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<br/>         ① 廃止・休止・再開 を届け出ます。</p> <p><b>令和5年〇〇月◇日</b></p> <p>開設者※2<br/>         住 所                    〒770-〇〇〇〇<br/>                                  徳島市〇〇町〇-△-□</p> <p>氏名又は名称    <b>医療法人 〇〇内科 理事長 〇〇 △△</b><br/>         (法人にあつては名称及び代表者職・氏名)</p> <p>連絡先電話番号    <b>088-〇〇〇-〇〇〇〇</b></p> <p>徳島県知事 殿</p> |         |                               |  |

四国厚生支局に  
届けていた内容を  
記入してください。

- ※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。