指定医療機関（ 休止・廃止・再開 ）届出書

年　　　月　　　日

　熊本市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　〒　　－

　　　　　　　　　　開設者　　氏名又は名称（法人の場合は、名称及び代表者職・氏名）

　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　下記のとおり指定医療機関の業務を［ 休止・廃止・再開 ］しましたので、難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第４３条第１項の規定により届け出ます。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 指定医療機関 | 名　　称 |  |
| 所 在 地 | 〒　　－ |
| 電話番号 |  |
| 医療機関等  コード |  |
| 休止・廃止・再開年月日 | | 年　　　月　　　日 |
| 休止・廃止・再開の理由 | |  |

（備考）

　１　休止・廃止・再開のいずれかに〇を付けてください。

　２　指定訪問看護事業者等が届け出る場合は、「開設者」を「指定訪問看護事業者等」と読み替え  
 てください。