

指定小児慢性特定疾病医療機関 休止・廃止・再開等届出書

| | | | | |
|--|--|----|--|--|
| 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 | | | |
| 届出事由 | 1 業務の休止 2 業務の廃止 3 業務の再開 4 児童福祉法施行規則第7条の36第2項に該当 ※該当するものに○をつけてください。 | | | |
| 休止、廃止、再開又は処分内容及び理由 | | | | |
| | (届出の生じた日) 年 月 日 | | | |
| 保険医療機関等 | 名 称 | | | |
| | 所 在 地 | | | |
| | 電話番号 | | | |
| 開設者 | 住 所 | | | |
| | 氏名又は名称 | | | |
| | 代表者 (訪問看護事業者のみ) | 住所 | | |
| | | 氏名 | | |
| 児童福祉法施行規則第7条の36の規定に基づき、次のとおり届け出ます。 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) 鳥取市長 様 | | | | |