|  |
| --- |
| 　　　　年　　月　　日福 井 市 長　様申請者（開設者）住　　　　所：氏名又は名称：　　　　　　　　　　　　　　　　指定小児慢性特定疾病医療機関の休止・廃止・再開届次のとおり、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。 |
| 保険医療機関保 険 薬 局訪問看護ステーション | 名　　称 |  |
| 所 在 地 |  |
| 電話番号 |  |
| 医療機関コ─ド |  |
| 休止・廃止・再開理由 | 　　　　　　　　　　　 |
| 休止・廃止・再開年月日 | 　　年 　月 　 日 |
| ※ 休止・廃止・再開のうち、該当するものに〇印をつけること。※ 廃止の場合、指定小児慢性特定疾病医療機関として指定した通知を添付すること。 |