

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	
	医療機関コード	
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○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。