

指定小児慢性特定疾病医療機関 休止・廃止・再開届

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
保険医療機関等	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				
<p>上記のとおり、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。</p> <p>年 月 日</p> <p>開設者 氏 名（法人にあつては名称及び代表者氏名）</p> <p>（宛先）岡崎市長</p>				

※廃止を届出する場合は、直近の指定医療機関指定通知書を添付すること。