

別紙様式 6

指定小児慢性特定疾病医療機関 業務休廃止等届出書

指定小慢医療機関指定年月日 ※現在お持ちの認定通知を確認下さい。			
届出事項 ※①～④の該当する項目に○をつける		①業務の休止 ②業務の廃止 ③業務の再開 ④規則第7条の36第2号に掲げる処分	
届出施設	名称		
	所在地	〒	
	電話番号		
	医療機関コード		
開設者	住所 ※訪問看護事業者は主たる事務所の所在地を記載		
	氏名又は名称		
	代表者 ※訪問看護事業者のみ記載	住所	
		氏名	
標榜している診療科名 ※薬局・訪問看護事業者は記載不要			
上記のとおり、児童福祉法施行規則第7条の36の規定に基づき届出を行うべき事項が生じたため届け出る。			
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）			
福島市長 様			
印			