

指定小児慢性特定疾病医療機関（休止・廃止・再開※）届出書

該当するものに○印を記載		病院・診療所	薬局	指定訪問看護事業者
保険医療機関 又は 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 年月日				
届出の理由				
<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、医療機関の業務の休止・廃止・再開の届出を行う。</p> <p>年 月 日</p> <p>病院・診療所、薬局の開設者又は指定訪問看護事業者 住所及び氏名（法人にあっては所在地、名称及び代表者氏名・代表者印）</p> <p>佐賀県知事 様</p>				

※休止・廃止・再開のいずれかに○印を記載すること。