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 | |  |
| 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。    　　　　年　　月　　日  　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）    佐 賀 県 知 事　 様 | | |

※休止・廃止・再開のいずれかに○印を記載すること。