様式第1号の21（第1条の13関係）

指定小児慢性特定疾病医療機関指定（休止・廃止・再開・その他）届出書

|  |
| --- |
| 該当するものに○をつけてください。保険医療機関（病院・診療所）　　　　　保険薬局　　　　　　指定訪問看護事業者 |
| 保険医療機関・保険薬局・指定訪問看護事業者 | 医療機関コード | 2 | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 名　　　称 |  |
| 所　在　地 | 〒　　－　　岐阜市 |
| 電話番号 |  |
| 開 設 者 等 | 氏名又は名称 |  |
| 住所（所在地）（指定訪問看護事業者にあっては、主たる事務所の所在地を記載してください。） | 〒　　－ |
| 代表者（指定訪問看護事業者のみ記載してください。） | 氏名 |  |
| 住所 | 〒　　－ |
| 届出事由 | 届出事由発生年月日　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 休　止　・　廃　止　・　再　開その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 備考 |  |
| 上記のとおり、児童福祉法施行規則第7条の36の規定により業務の（休止・廃止・再開・その他）を届け出ます。　　　　年　　月　　日 開設者等住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地） 氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）　　 　　　　  （あて先）岐阜市長　 |

備考　再開を申請する法人は、裏面に役員の職名及び氏名を記載してください。

役員の職名及び氏名

|  |  |
| --- | --- |
| 職　　名 | 氏　名（フリガナ） |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

申請者（法人）名　（　　　　　　　　　　　　　）