

(あて先)浜松市長

住所(所在地)

届出者(開設者)

氏名(名称及び代表者氏名)

指定自立支援医療機関(休止・廃止・再開・処分)届出書

・指定自立支援医療機関の業務を(休止・廃止・再開)したので、
・医療法・健康保険法・介護保険法・医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律による処分を受けたので、

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行規則第63条の規定により、次のとおり届け出ます。

記

指定自立支援 医 療 機 関	名 称	
	所 在 地	〒
	電話番号	
担当している医療の種類 (該当に○印)		育成医療 ・ 更生医療 ----- 病院又は診療所 ・ 薬局 ・ 訪問看護事業者等
休 止 ・ 廃 止 ・ 再 開	休 止 ・ 廃 止 ・ 再 開 の 別	
	休 止 ・ 廃 止 ・ 再 開 年 月 日	
	休 止 ・ 廃 止 の 理 由	
	休 止 の 予 定 期 間	
処 分	処 分 を 受 け た 理 由	
	処 分 を 受 け た 根 拠 と な る 法 令	
	処 分 を 受 け た 年 月 日	

(注) 1 指定訪問看護事業者等が届け出る場合は、「指定自立支援医療機関」を「訪問看護ステーション等」と読み替えてください。
2 廃止・休止の場合は、あらかじめ1ヶ月以上の予告期間を設けてください。

※届出内容のお問合せ先(必ず記入)

届出者又は担当者名 電話