第１９号様式（第１２条関係）

指定医療機関業務休止等届出書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 該当する事項にレ点  を付してください。 | | □　指定医療機関の業務の休止  □　指定医療機関の業務の廃止  □　指定医療機関の業務の再開 | | | | | | | | | |
| 指　定　医　療　機　関 | 医療機関コード  薬局コード  訪問看護ステーションコード  介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 名称 |  | | | | | | | | | |
| 所在地 | 〒  **-** | | | | | | | | | |
| 理由 | |  | | | | | | | | | |
| 休止・廃止・再開年月日 | | 年　　　　　月　　　　　　日 | | | | | | | | | |
| （あて先）浜松市長  上記のとおり、難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第43条第１号の規定により届出を行います。  　年　　　月　　　日  開設者　　住所  指定訪問看護事業者等　　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、その名称  及びその代表者の職氏名    担当者　氏名　（　　　　　　　　　　　　　）  連絡先　（　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |