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　（　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　 |