

指定自立支援医療機関（精神通院医療）の（休止・**廃止**・再開）届出書

医療機関等	名 称	○○クリニック （医療機関コード ○○-○,○○○,○ ）
	所 在 地	〒○○○-○○○○ 堺市○区○○町○番○号 電話 ○○○（○○○）○○○○
開 設 者	住 所	〒○○○-○○○○ 堺市堺区南瓦町 3 番 1 号 電話 ○○○（○○○）○○○○
	氏 名 又 は 名 称	医療法人 ○○会 理事長 ○○ ○○
（休止・ 廃止 ・再開） す る 年 月 日		令和○年○○月○○日
理 由	閉院のため	
上記のとおり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 条の規定により指定自立支援医療機関（精神通院医療）の（休止・ 廃止 ・再開）を届け出ます。 令和○年○○月○○日 <div style="text-align: right; margin-right: 100px;"> 開 設 者 住 所 堺市堺区南瓦町 3 番 1 号 氏 名 医療法人 ○○会 理事長 ○○ ○○ </div> 堺 市 長 様		

※ 休止・廃止・再開のいずれか該当項目を○印で囲むこと。