

堺市指定医療機関業務休止等届出書

届出事由 (いずれかに☑を記入してください。)		<input type="checkbox"/> 業務の休止 <input type="checkbox"/> 業務の廃止 <input type="checkbox"/> 業務の再開 <input type="checkbox"/> 難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則(平成26年厚生労働省令第121号)第43条第2号該当		
指定医療機関	名称			
	所在地	〒		
	電話番号			
	医療機関コード等			
開設者等	氏名又は名称			
	住所又は所在地		〒	
	電話番号			
	指定訪問看護事業者等の場合のみ	代表者氏名		
	代表者住所	〒		
届出事由が生じた年月日		年	月	日
理由				
難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第43条の規定により、上記のとおり届け出ます。 <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> 年 月 日 </div> 堺市長 殿 <div style="margin-top: 20px;"> 届出者 住所 (法人にあつては所在地) 氏名 (法人にあつては名称及び代表者氏名) </div>				

注意

- 1 業務の廃止の場合は、堺市指定医療機関指定通知書又は堺市指定医療機関指定更新通知書の原本を添付してください。
- 2 紛失等により添付できない場合は、理由欄に添付できない理由を記載してください。