

様式第 8 号（第 9 条関係）

第 号
年 月 日

（病院名）

（開設者名） 様

堺 市 長

⑨

指定病院指定取消通知書

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第 19 条の 9 の規定により、堺市指定病院の指定を取り消します。

1 病院名称

2 病院所在地

3 開設者名

4 指定取消年月日 年 月 日

5 取消理由