様式第２３号（第１７条関係）

指定小児慢性特定疾病医療機関　休止等届

年　　　月　　　日

（宛先）

松本市長

開設者等

住所（法人にあっては所在地）

氏名（法人にあっては名称及び代表者名）

　下記のとおり、指定医療機関の業務を（休止・廃止・再開）しましたので、児童福祉法施行規則（昭和２３年厚生省令第１１号）７条の３６の規定により届け出ます。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 指  定  医  療  機  関 | 名称 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 医療機関コード |  |
| 休止・廃止・再開年月日 | | 年　　　　月　　　　日 |
| 休止・廃止・再開の理由 | |  |

（備考）

　１　休止・廃止・再開のいずれかに○を付けてください。

　２　指定訪問看護事業者等が届け出る場合は、「開設者」を「指定訪問看護事業者等」と読み替

えてください。