様式第１号の２の１２（第１条の４関係）

指定小児慢性特定疾病医療機関休止・廃止・再開届

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

大分市長　　　　　　　　殿

〒

住所又は所在地

開設者　氏名又は名称（法人にあっては名称及び代表者職・氏名）

電話番号

指定小児慢性特定疾病医療機関番号

指定を受けた当該医療機関の業務を休止・廃止・再開したので届け出ます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 休止・廃止・再開  する指定医療機関 | ふりがな  名称 | |  |
| 所在地 | | 〒 |
| 電話番号 | |  |
| 医療機関等  コード | |  |
| 休止・廃止・再開　年月日 | | | 年　　　月　　　日 |
| 休止・廃止の理由 | |  | |
| 現に指定小児慢性特定疾病医療  支援を受けていた者に対する  措置（休止・廃止の場合のみ） | |  | |
| 休止予定期間 | | 年　　月　　日～　　　　　年　　月　　日 | |

備考

休止・廃止・再開のいずれかに○をしてください。