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。