

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（法人にあつ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。