

指定医療機関休止等届出書

年 月 日

(宛先) 川崎市長

届出者 (開設者又は事業者)

住 所

氏 名

(法人にあつては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名)

難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第43条の規定により、次のとおり届け出ます。

届 出 事 由 (該当するものに○印を付けてください。)		1 業務の休止	2 業務の廃止	3 業務の再開
		4 難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第43条第2号に該当		
病院、診療所又は薬局	名 称			
	所 在 地			
	電 話 番 号			
	コ ー ド			
	開 設 者	氏 名 又 は 名 称		
	住 所 又 は 所 在 地			
指定訪問看護事業者等	名 称			
	主たる事務所の所在地			
	電 話 番 号			
	代 表 者	氏 名		
		住 所		
	訪 問 看 護 ス テ ー シ ョ ン 等	名 称		
		所 在 地		
		電 話 番 号		
		コ ー ド		
	届出事由が生じた日		年	月
備 考				

備考 「コード」の欄は、病院又は診療所である場合は医療機関コード、薬局である場合は薬局コード、指定訪問看護事業者等である場合は訪問看護ステーションコード又は介護保険事業所番号を記入してください。