

指定小児慢性特定疾病医療機関（休止・廃止・再開※）届出書

該当するものに○印を記載	病院・診療所	薬局	指定訪問看護事業者
保険医療機関 又は 訪問看護ステー ション	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			
届出の理由			
上記のとおり、児童福祉法施行規則（昭和 23 年厚生省令第 11 号）第 7 条の 36 の規定に基づき、医療機関の業務の休止・廃止・再開の届出を行う。			
年 月 日 開設者（訪問看護ステーションの場合は代表者） 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氏名）			
佐賀県知事様			

※休止・廃止・再開のいずれかに○印を記載すること。