様式第８号

指定小児慢性特定疾病医療機関　業務休止等届出書

|  |  |
| --- | --- |
| 届　　出　　事　　項①～④の該当する項目に○をつける | ①業務の休止　②業務の廃止　③業務の再開　　④規則第７条の36第２号に掲げる処分 |
| 保険医療機関 | 名　 　称 |  |
| 所 在 地 | 〒電話番号（　　　　　　　　　　） |
| 医療機関コード |  |
| 開　設　者 | 住　　所訪問看護事業者は主たる事業所の所在地 | 〒電話番号（　　　　　　　　　　） |
| 氏　　名（法人にあっては名称） |  |
| 代 表 者訪問看護事業者のみ記載 | 住所 |  |
| 氏名 |  |
| 標ぼうしている診療科名 |  |
| 上記のとおり、児童福祉法施行規則第7条の36の規定に基づき届出を行うべき事項が生じたため届出ます。　　　　　年　　月　　日 　開設者住所（法人にあっては主たる事務所の所在地） 氏名（法人にあっては名称及び代表者氏名） 　　　 　　 　（宛先）秋田市長　 |