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 | | | |