

指定小児慢性特定疾病医療機関 休止等届出書

令和 年 月 日

(宛先) 姫 路 市 長

医療機関等

名 称

所 在 地

開 設 者

住所 (法人にあっては所在地)

氏名 (法人名及び代表者職・氏名)

電話番号

指定小児慢性特定疾病医療機関の（廃止・休止・再開・処分）について、
児童福祉法施行規則第7条の36の規定により、下記のとおり届け出ます。

廃止、休止又は再開の年月日	年 月 日
廃止又は休止の理由	<input type="checkbox"/> 医療機関等の業務を（廃止・休止）するため。 <input type="checkbox"/> 所在地を姫路市外へ変更するため。 <input type="checkbox"/> その他（具体的に記載して下さい。）
休止の場合の休止予定期間	年 月 日 ～ 年 月 日
処分を受けた場合の処分年月日 及び処分内容	年 月 日

※ 廃止・休止・再開・処分のいずれかに○印をつけて下さい。

※ 「医療機関名」は、必ず正式名称を記載して下さい。