

指定医療機関（休止・廃止・再開）届出書

	名 称	(医療機関コード等)
指定医療機関	所在地	〒 - 電話 ()
開設者	住所又は 所在地	〒 - 電話 ()
	氏名又は 名称	
(休止・廃止・再開) する年 月 日		年 月 日
理 由		
上記のとおり難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第４３条の規定により指定医療機関の(休止・廃止・再開)を届け出ます。 年 月 日 開設者 住 所〔法人の場合は所在地〕 氏 名〔法人の場合は名称及び代表者の職氏名〕 大 阪 府 知 事 様		

※ 休止・廃止・再開のいずれか該当項目を○印で囲むこと。