様式4-2　**指定医療機関（休止・廃止・再開）届出書**　　**申請件数 計（　）件**

番号	医療機関コード	名称	郵便番号	所在地	電話番号	理由	開設者（氏名又は名称）	開設者の住所又は所在地	休止・廃止・再開する年月日
例	12-3456	医療法人〇〇会〇〇クリニック	123-4567	○○市○○町〇丁目〇番〇号	12-3456-7890	法人合併のため	医療法人○○会 理事長　山田　太郎	〒123-4567 ○○市○○町〇丁目〇番〇号	令和〇年〇月〇日
1									
2									
3									
4									
5									
6									

上記の通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(法人にあっては所在地)**

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

注1:タイトルの（休止・廃止・再開）の該当部分を〇で囲ってください　注2:7機関以上を同時申請される場合は別シートにご記入ください

様式4-2　**指定医療機関（休止・廃止・再開）届出書**

番号	医療機関コード	名称	郵便番号	所在地	電話番号	理由	開設者（氏名又は名称）	開設者の住所又は所在地	休止・廃止・再開する年月日