

指定小児慢性特定疾病医療機関 休止・廃止・再開等届出書

申請件数計 () 件

番号	医療期間の種類	届出事由	医療機関コード	名称	郵便番号	所在地	開設者 (氏名又は名称)	開設者の住所又は所在地	届出事由の生じた日
例	1 病院・診療所 2 薬局 3 訪問看護ステーション 上記の中から数字で記載もしくはプルダウンで選択	1 業務の休止 2 業務の廃止 3 業務の再開 4 児童福祉法施行規則第7条の36第2項に該当 上記の中から数字で記載もしくはプルダウンで選択	12-3456	医療法人〇〇会〇〇クリニック	123-4567	〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号	医療法人〇〇会 理事長 山田 太郎	〒123-4567 〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号	令和〇年〇月〇日
1									
2									
3									
4									
5									
6									

児童福祉法施行規則第7条の36の規定に基づき、上記のとおり届け出ます。

年 月 日

開設者 住所(法人にあっては所在地)

氏名(法人にあっては名称及び代表者名)

大阪府知事 様

注1:届出事由欄は該当する項目の数字で書くか、エクセルの場合はプルダウンで選択してください 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

