

指定医療機関 休止・廃止・再開 届出書

年 月 日

熊本県知事 様

開設者 { 住 所
〒
氏名又は名称（法人の場合は、名称及び代表者職・氏名）
電話番号

下記のとおり指定医療機関の業務を休止・廃止・再開しましたので、難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第43条第1項の規定により届け出ます。

記

指定医療機関	名 称	
	所 在 地	〒
	電話番号	
	医療機関等 コード	
休止・廃止・再開年月日	年 月 日	
休止・廃止・再開の理由		

(備考)

- 1 休止・廃止・再開のいずれかに○を付けてください。
- 2 指定訪問看護事業者等が届け出る場合は、「開設者」を「指定訪問看護事業者等」と読み替えてください。