様式第14号

年　　　月　　　日

福　岡　市　長　　様

開設者又は事業者

住　所

氏　名

**指定自立支援医療機関休止・廃止・再開届出書**

指定自立支援医療機関の　休止 ・ 廃止 ・ 再開　について下記のとおり届け出ます。

記

１　指定自立支援医療機関の名称

２　担当すべき医療の種類

３　指定年月日 　　　　 　　　　　　　　　 　 年　　月　　日

４　届出の種類　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　休止・廃止・再開

５　届出の理由

６　休止・廃止・再開の年月日 　　　　　　 　 　年　　月　　日

７　再開休止の年月日 （再開の場合に限る。） 　 　 　年　　月　　日