様式第30号

第　　　　　号

年　　月　　日

　(宛先)

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　前回休止の年月日(再開の場合に限る。)　　　年　　月　　日