様式第７号

指定医療機関(休止・廃止・再開)届出書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機関等 | 名称 |  |
| 所在地 | 〒　　－  （電話番号：　　　 　　　　　　　　　　　 ） |
| 医療機関等コード |  |
| 開設者等 | 住所 | 〒　　　－ |
| 氏名又は名称 |  |
| （休止・廃止・再開）年月日 | | 年　　　月　　　日 |
| 届出の理由 | |  |
| 上記のとおり、難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則（平成２６年厚生労働省令第１２１号）第４３条第１号の規定により、指定医療機関の（休止・廃止・再開）を届け出ます。  　　　　　　年　　月　　日  　　（あて先）福岡市長  開設者等  住　　　　　所  氏名又は名称 | | |

※　休止・廃止・再開のいずれかに○をすること。