

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	〒 ー (電話番号：)
	医療機関等コード	
開設者等	住 所	〒 ー
	氏名又は名称	
(休止・廃止・再開)年月日		年 月 日
届出の理由		
<p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>(あて先) 福岡市長</p> <p>開設者等 住 所 氏名又は名称</p>		

※ 休止・廃止・再開のいずれかに○をすること。