

(様式第1号)

指定小児慢性特定疾病医療機関業務休止等届出書

令和 年 月 日

(宛先)

埼玉県知事

開設者・事業者の代表者

住所又は所在地 〒

氏名又は名称

電話番号

児童福祉法施行規則第7条の36の規定に基づき届出を行うべき事項が生じたため届け出ます。

届出事項 (1～4の該当する項目に○をつけてください。)	1 業務の休止 2 業務の廃止 3 業務の再開 4 規則第7条の36第2号に掲げる処分
休止・廃止・再開・処分 年 月 日	令和 年 月 日
種別(該当するものに○を付すこと。)	病院 診療所 薬局 指定訪問看護事業者
名 称	
所 在 地	〒
電 話 番 号	
医 療 機 関 コ ー ド	
標ぼうしている診療科名 (病院・診療所のみ記載)	

注 「開設者・事業者の代表者」について、指定訪問看護事業者にあつては、主たる事務所の所在地及び名称並びに当該事業者の代表者の住所及び氏名を記入すること。