

様式 6

指定医療機関休廃止等届出書

指定医療機関	名 称			
	所 在 地 〒			
	電 話 番 号			
	コード（※1）			
届 出 の 事 由 (該当事由に○印を付けてください。)	休 止	廃 止	再 開	処 分（※2）
届 出 事 由 発 生 年 月 日		年	月	日
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第43条の規定により届け出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p>開 設 者</p> <p>住 所（法人の場合は所在地）</p> <p>氏 名（法人の場合は名称 及び代表者の職氏名）</p> <p>電話番号</p> <p>奈良県知事 殿</p> <p style="text-align: right;">印</p>				

※1 コード欄については、病院又は診療所の場合は医療機関コード、薬局の場合は薬局コード、訪問看護事業者等の場合は訪問看護ステーションコード又は介護保険事業者番号を記入してください。

2 「処分」とは、医療法第24条、第28条若しくは第29条、健康保険法第95条、介護保険法第77条第1項又は医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第72条第4項若しくは第75条第1項に規定する処分をいいます。