別紙様式６

指定小児慢性特定疾病医療機関　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		

上記のとおり、児童福祉法施行規則第７条の 36 の規定により届け出ます。

年　　月　　日

開　設　者

住　所（法人の場合は所在地）

氏　名（法人の場合は名称及び代表者の職氏名）　　印

電話番号

奈良県知事　殿

※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、訪問看護事業者の場合は訪問看護ステーションコード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。