別紙様式６

指定小児慢性特定疾病医療機関（休止・廃止・再開）届出書

年　　月　　日

　長野県知事　殿

指定医療機関の開設者（事業者）

住所

氏名

　下記のとおり、指定医療機関の業務を（休止・廃止・再開）しましたので、児童福祉法施行規則７条の36の規定により届け出ます。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 指  定  医  療  機  関 | 名称 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 医療機関コード |  |
| 休止・廃止・再開年月日 | | 年　　　　月　　　　日 |
| 休止・廃止・再開の理由 | |  |

（備考）

　１　休止・廃止・再開のいずれかに○を付けてください。

　２　指定訪問看護事業者等が届け出る場合は、「開設者」を「指定訪問看護事業者等」と読み替えてください。