

静岡県指定医療機関番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

指定医療機関業務休止等届出書

該当する事項にレ点を付してください。		☐ 指定医療機関の業務の休止 ☐ 指定医療機関の業務の廃止 ☐ 指定医療機関の業務の再開							
指定医療機関	医療機関コード 薬局コード 訪問看護ステーションコード 介護保険事業所番号								
	名称								
	所在地	郵便番号 -							
理由									
休止・廃止・再開年月日		年 月 日							
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条第1号の規定により届出を行います。 年 月 日 開設者 住所 指定訪問看護事業者等 〔法人にあっては、主たる事務所の所在地〕 氏 名 〔法人にあっては、その名称及びその代表者の職氏名〕 担当者 氏 名 () 連絡先 () 静岡県知事 様									