

指定医療機関休止等届出書

年 月 日

神奈川県知事殿

〔 法人にあつては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名 〕

届出者 住所
氏名

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、次のとおり届け出ます。

届 出 事 由 (該当するものに○印を付けてください。)		業務の休止 ・ 業務の廃止 ・ 業務の再開 ・ 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2号該当	
病院、 診療所 又は薬 局	病院、 診療所 又は薬 局	名 称	
		所 在 地	〒
		コ ー ド	
	開設者	氏 名 又 は 名 称	
		住 所 又 は 所 在 地	〒
指定訪 問看護 事業者 等	指定訪 問看護 事業者 等	名 称	
		主たる事務所の 所 在 地	〒
	代表者	氏 名	
		住 所	〒
	訪問看 護ステ ーション等	名 称	
		所 在 地	〒
		コ ー ド	
届 出 事 由 が 生 じ た 日		年 月 日	
備 考			

備考 コード欄について、病院又は診療所である場合は医療機関コード、薬局である場合は薬局コード、指定訪問看護事業者等である場合は訪問看護ステーションコード又は介護保険事業所番号を記入してください。