

(県所管用)

# 記入例

生活保護法等指定 医療機関 (廃止・休止・再開・辞退) 届書

記入日 令和〇 年 〇〇 月 〇〇 日

神奈川県知事 殿

下記のとおり届け出ます。

届出の種類 ※右に○をつけてください。	廃止 <input checked="" type="checkbox"/> / 休止 / 再開 / 辞退						
業務の種類 ※右に○をつけてください。	医科 <input checked="" type="checkbox"/> / 歯科 / 薬局 / 訪問看護						
医療機関コード	1	2	3	4	5	6	7
医療機関名称	(フリガナ) 〇〇クリニック 〇〇クリニック						
医療機関所在地	〒 111 - 1111 TEL ( 222 ) 222 - 2222 〇〇市〇〇〇町1-2-3						
廃止・休止・再開・辞退 年 月 日	令和元 年 5 月 31 日						
廃止・休止・再開・辞退 理 由	移転のため						

法人の場合は、主たる事務所の所在地、  
法人名及び代表者の職・氏名をご記入く  
ださい。

<記入不要> ※事務処理欄

介護保険法のサービス

この欄は、記入不要です。

開設者(届出者)

※法人にあつては主たる事務所の所在地、法人名及び代表者の職・氏名

住所 〒 333 - 3333 TEL ( 555 ) 555 - 5555

△△市△△区△△△△4-5-6

氏名

医療法人△△△会 理事長 △△ △△

(印不要)