

記入例

不要な事項を ———— で消してください。

生活保護法等指定 ※ [医療機関 助産師 施 産 術 者] ※ [休 止 廃 止] 届 書

次のとおり休止・廃止しましたので届け出ま

医療機関は7桁、介護機関は10桁の指定医療機関等番号を記入してください。助産師・施術者については未記入で問題ありません。

指 定 等	医 療 機 関 等	番 号	
	名 称	例) 郡山〇〇〇クリニック	
	所 在 地	例) 郡山市〇〇字△△1111	
※	休 止 ・ 廃 止 年 月 日	和 暦 又 は 西 暦	〇〇 年 〇 月 〇〇 日
※	休 止 ・ 理 由		
※	委 託 措 置 者 状 等 況		
	再 開 の 見 通 し (休 止 の 場 合)		

略称等を用いる事なく、正式な名称を記入してください。

休止・廃止日を記入ください。

休止・廃止の理由を具体的に記入ください。

例) 法人変更による医療機関番号変更のため 事業所移転のため など

例) 他の医療機関や事業所を紹介 現在は患者はいない 移転先や再開時に引き続き対応予定 など 具体的に記入お願いします。

〇〇 年 〇 月 〇〇 日

郡 山 市 長

住 所

届 出 者

氏 名

申請者（開設者）が法人の場合は、住所欄に法人の主たる事務所の所在地を、氏名欄には法人名及び代表者の職、氏名を記入してください。

※ 印鑑等の押印は必要ありません。

法人の例 : 〇〇法人口口会 理事長 郡山 太郎

個人の例 : 郡山 太郎