柏市　指定小児慢性特定疾病医療機関　業務休止等届出書

柏市

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 届　出　事　項  ①～④の該当する項目に○をつけてください | | ①業務の休止　②業務の廃止　③業務の再開  ④規則第７条の３６第２号に掲げる処分 |
| 保険医療機関等 | 名称 |  |
| 所在地 | 〒　　　－ |
| 電話番号 |  |
| 医療機関コード |  |
| 開設者 | 個人の場合：氏名  法人の場合：法人名称 |  |
| 法人の代表者氏名  （法人のみ記載） |  |
| 住所 | 〒　　　－ |
| 標榜している診療科名  （病院・診療所のみ記載） | |  |
| 上記のとおり，児童福祉法施行規則第７条の３６の規定に基づき届出を行うべき事項が生じたため　届け出ます。  　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　開設者  　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所（法人にあっては所在地）    　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名（法人にあっては名称及び代表者氏名）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 (代表者の自署でない場合は記名押印をしてください)    柏市長　様 | | |