

別記第 1 2 号様式

指定小児慢性特定疾病医療機関 業務休止等届出書（病院・診療所）

年 月 日

函館市長 様

住所 （法人にあつては、主たる事務所の所在地）

届出者 氏名 （法人にあつては、その名称および代表者の氏名）

電話

児童福祉法施行規則第 7 条の 3 6 の規定により、次のとおり届け出ます。

保険医療機関	名 称	
	所在地	〒 電話番号
開 設 者	名 称	
	所在地	〒 電話番号
標ぼうしている診察科名		
届 出 事 由		1 休止 2 廃止 3 再開 4 処分
届出事由の発生年月日		年 月 日
休 止 の 場 合 の 再 開 予 定 年 月 日		年 月 日
処分を受けた場合は、 そ の 内 容		

