

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 (薬局)

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 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		

