指定小児慢性特定疾病医療機関休止（廃止・再開・処分）届出書

様式第１８号

|  |
| --- |
| □　病院・診療所・歯科 |
| □　薬局 |
| □　訪問看護ステーション |

　　年　　月　　日

香川県知事　殿

開設者　住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

（法人にあっては主たる事務所の所在地並びに名称及び代表者の職氏名）

児童福祉法第１９条の９第１項に規定する指定小児慢性特定疾病医療機関の指定について、児童福祉法施行規則第7条の３６の規定に基づき、次のとおり届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 指定医療機関 | 名　称 |  |
| 所在地 | 〒  電話番号 |
| 指定年月日　　□指定  　　　　　　　□更新 | | 年　　　月　　　日 |
| 届出の種類 | | □　休止  □　廃止  □　再開  □　処分 |
| 休止（廃止・再開・処分）年月日 | |  |
| 休止（廃止・再開・処分）の理由、内容等 | |  |
| 現に受診している者に対する措置  （廃止・休止の場合） | |  |

□については、該当するものに「***レ***」を記入してください。