

指定医療機関 休止等届出書

年 月 日

(宛先) 新潟市長

開設者

住所 (法人にあつては所在地)

氏名 (法人にあつては名称及び代表者氏名)

下記のとおり、難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第43条の規定により届け出ます。

種別 (いずれかに○)		1 病院・診療所	2 薬局	3 指定訪問看護事業者
指定医療機関等	名称			
	所在地	郵便番号	電話番号	
	コード※			
届出の内容		休止	廃止	再開 処分
休止等年月日		年	月	日
理由				
休止の場合の予定期間				

※ 保険医療機関の場合は医療機関コード，保険薬局の場合は薬局コード，訪問看護事業者の場合は訪問看護ステーションコード又は介護保険事業所番号を記載してください。

注 指定医療機関指定通知書（原本）を添付してください。（再開の場合その他市長が特に認める場合は，添付不要です。）