

生活保護法・中国残留邦人等支援法 指定医療機関

※

廃	止
休	止

 届書

次のとおり廃止・休止しましたので届け出ます。

指定 医療 機関	医療機関コード	
	名 称	
	所 在 地	
※ 廃止・休止年月日		年 月 日
※ 廃止・ 休止の 理由		
委託 患者の 措置状 況		
再開の見通し (休止の場合)		

年 月 日

長崎県知事様

申請者
(開設者)

住所
(法人の場合は法人の主たる事務所所在地)

氏名
(法人の場合は法人名及び代表者職・氏名)

(裏面)

注意事項

- 1 この書類は、長崎県知事（長崎県福祉保健課あて）に提出してください。
- 2 この書類は、医療機関が廃止又は休止された場合に速やかに提出してください。
- 3 休止の場合には、再開後速やかに再開届書を提出してください。

記載要領

- 1 病院、診療所又は薬局が届け出る場合には、その病院等について記載してください。指定訪問看護事業者等が届け出る場合には、その開設する訪問看護ステーション等ごとに記載してください。
- 2 指定医療機関の「医療機関コード」は、保険医療機関番号又は訪問看護ステーションコードを算用数字で記載してください。
- 3 指定医療機関の「名称」は、略称等を用いることなく、医療法等により許可若しくは指定を受け、又は届け出た正式な名称を記載してください。
- 4 「委託患者等の措置状況」は、既に行った措置及び今後予定している措置を記載してください。
- 5 届出者が法人の場合には、法人名称とともにその代表者の職・氏名及び主たる事務所の所在地を記載してください。

記入例

生活保護法・中国残留邦人等支援法 指定医療機関

※

廃	止
休	止

 届書

次のとおり廃止・~~休止~~しましたので届け出ます。

指定医療機関	医療機関コード	1 2 3 4 5 6 7
	名 称	江戸クリニック
	所 在 地	〇〇市〇〇町〇番〇号
※ 廃止・ 休止 年月日		令和 元 年 10 月 1 日
※ 廃止・ 休止 の理由	〇〇〇〇〇のため	
委託患者の措置状況		
再開の見通し (休止の場合)		

開設者が法人の場合、法人の主たる事務所の所在地、法人の名称及び代表者の職名、氏名を記入します。
 開設者が個人の場合、個人の住所、氏名を記入します。

年 月

提出日


長崎県知事様

申請者
(開設者)

住所 〇〇市〇〇町〇番〇号
(法人の場合は法人の主たる事務所所在地)
 医療法人 江戸クリニック
 氏名 理事長 江戸 太郎
(法人の場合は法人名及び代表者職・氏名)

記入例

生活保護法・中国残留邦人等支援法 指定医療機関

※  届書

次のとおり廃止・休止しましたので届け出ます。

指定医療機関	医療機関コード	1 2 3 4 5 6 7
	名 称	江戸クリニック
	所 在 地	〇〇市〇〇町〇番〇号
※ 廃止・休止年月日		令和 元 年 10 月 1 日
※ 廃止・休止の理由	〇〇〇〇〇のため	
委託患者の措置状況	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; width: fit-content; margin: auto;"> <p>開設者が法人の場合、法人の主たる事務所の所在地、法人の名称及び代表者の職名、氏名を記入します。 開設者が個人の場合、個人の住所、氏名を記入します。</p> </div>	
再開の見通し (休止の場合)	令和〇年〇月〇日再開の見通し (〇〇〇〇〇の見通し)	

年 月

提出日

長崎県知事様

申請者
(開設者)

住所 〇〇市〇〇町〇番〇号
(法人の場合は法人の主たる事務所所在地)
 医療法人 江戸クリニック
 氏名 理事長 江戸 太郎
(法人の場合は法人名及び代表者職・氏名)