

様式 5- (2)

指定自立支援医療機関(更生・育成) 【休止・廃止・再開】届

保険薬局	名 称	(医療機関コード)
	所 在 地	〒 - TEL ()
開 設 者	住 所	〒 - TEL ()
	氏名又は 名 称	
(休止・廃止・再開)年月日		
理 由		
<p>上記のとおり、指定自立支援医療機関の業務を【休止・廃止・再開】しましたので、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行規則第63条の規定により届け出ます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">開 設 者</p> <p style="text-align: right;">住 所</p> <p style="text-align: right;">氏名又は名称</p> <p>(提出先)</p> <p>大 阪 市 長</p>		

※休止・廃止・再開のいずれか該当する項目を○で囲むこと。