

- 病 院 歯 科
診 療 所 薬 局
訪 問 看 護 そ の 他
ステーション ()
- ・生活保護法
・中国残留邦人等の円滑な帰国の促進
並びに永住帰国した中国残留邦人等
及び特定配偶者の自立の支援に
関する法律による
- 指定医療機関 休止 届書
 廃止

医療機関等コード

1 1 - 1 1 1 1 1

指定 医 療 機 関	名 称	医療法人中之島会 中之島病院
	所 在 地 (ビル・マンション名等)	〒 5 3 0 - 0 0 0 5 大阪市 北 区 中之島1-3-20 中之島ビル1階北 TEL (06) 6208 - ****
休止・廃止年月日	令和 2 年 6 月 30 日	
休止・廃止の理由	医療機関を閉院するため	
委託患者の措置状況	近隣医療機関へ引継ぎ	
再開の見通し (休止の場合)		

上記のとおり届け出ます。

令和 2 年 7 月 3 日

大阪市長 様



〈届出者（開設者）〉

〒 543 - 0005

住所 大阪市北区中之島1-3-20 中之島ビル2階

*法人の場合は主たる事務所の所在地

氏名 医療法人中之島会 理事長 中之島 一郎 印

*法人の場合は法人名称、代表者の職、氏名、代表者印

〈届出者 開設者(個人)が、死亡等の場合〉

氏名 _____ 印
(開設者との続柄 _____)

担当者氏名 中之島 三郎

担当者連絡先TEL 06 - 6208 - XXXX

注意事項

- 1 この届出書は、所在地を管轄する保健福祉センター等を経由して、市長あてに提出してください。
- 2 この書類は、指定医療機関等が休止または廃止された場合に、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 指定医療機関等の「名称」は、略称等を用いることなく、医療法等により許可を受けまたは届け出た正式な名称を用い、病院であるか診療所であるか判然としない名称である場合には、名称の次に「(診療所)」のように記載してください。標題の「医療機関の区分」は、該当する□にチェックしてください。
- 2 指定医療機関等の「所在地」は、医療法等の届け出どおりに記載してください。
- 3 「委託患者の措置状況」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。
- 4 届出者が法人の場合には、法人名称、代表者の職・氏名及び主たる事務所の所在地を記載し、代表者印を押印してください。届出者(開設者)が個人の場合は、開設者本人の「氏名」・「住所」を記載してください。また、開設者(個人)が死亡等により、親族が届出者の場合は、その方の氏名、開設者との続柄を記入してください。
「担当者連絡先」、「担当者名」欄については、この書類の記入事項にかかる本市からの照会に対応する担当者の連絡先を記入してください。