

- 病院 □歯科
 □診療所 □薬局
 □訪問看護ステーション □その他()
- 休止届書
 指定医療機関
 □廃止
- ・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

医療機関等コード

		-					
--	--	---	--	--	--	--	--

指定医療機関	名 称																														
	所在 地 (ビル・マンション名等)	〒 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle; width: 100px; height: 20px; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td></tr></table> - <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle; width: 100px; height: 20px; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td></tr></table> 大阪市 区																													
	休止・廃止年月日	平成・令和 年 月 日																													
	休止・廃止の理由																														
	廢止に伴い、指定医療機関等の番号が変更になる場合は、新しい番号を記入してください。	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle; width: 100px; height: 20px; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td></tr></table> 右詰めで記載ください。																													
	委託患者の措置状況																														
	再開の見通し(休止の場合)																														

上記のとおり届け出ます。

令和 年 月 日

大阪市長 様



<申請者(開設者)の氏名及び住所>

〒 -

住所

*法人の場合は主たる事務所の所在地

氏名

*法人の場合は法人名称、代表者の職、氏名

<届出者 開設者(個人)が、死亡等の場合>

氏名

(開設者との続柄)

担当者氏名

担当者連絡先TEL - - -

注意事項

- 1 この届出書は、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。