

様式第3-(1)

指定自立支援医療機関(精神通院医療)【 廃止 ・ 休止 ・ 再開 】届出書

医療機関	名 称	
	医療機関コード	
	所 在 地	(〒 -) 電話 ()
開設者	住 所	(〒 -) 電話 ()
	氏名または名称	
(廃止 ・ 休止 ・ 再開) する年月日		年 月 日
理 由		
<p>上記のとおり、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条の規定による指定自立支援医療機関の(廃止・休止・再開)を届け出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p>開 設 者 住 所 氏名または名称</p> <p>(提出先)大阪市長</p>		

※休止・廃止・再開のいずれか該当する項目を○印で囲むこと。