## 保険医療機関の届出関係失効一覧表

処理年月日

| 令和 7年10月 1日 から 令和 7年10月15日 歯科 ] |           |        |                                 |                         |      |      | 令和 7年10月20日 作成 1 頁 |    |  |
|---------------------------------|-----------|--------|---------------------------------|-------------------------|------|------|--------------------|----|--|
| 項番                              | 医療機関番号    | 医療機関名称 | 医療機関所在地                         | 開 設 者 氏 名<br>管 理 者 氏 名  | 失効内容 | 失効事由 | 失効年月日              | 備考 |  |
| 1                               | 01,3331,7 | 岩城歯科医院 | 〒751-0806<br>下関市一の宮町 2-5-1<br>7 | 医療法人 あゆみ会 理<br>事長 岩城 秀明 | 歯援診2 | 届出辞退 | 令和 7年11月 1日        |    |  |
|                                 |           |        |                                 | 岩城 秀明<br>               |      |      |                    |    |  |
|                                 |           |        |                                 |                         |      |      |                    |    |  |
|                                 |           |        |                                 |                         |      |      |                    |    |  |
|                                 |           |        |                                 |                         |      |      |                    |    |  |
|                                 |           |        |                                 |                         |      |      |                    |    |  |
|                                 |           |        |                                 |                         |      |      |                    |    |  |
|                                 |           |        |                                 |                         |      |      |                    |    |  |
|                                 |           |        |                                 |                         |      |      |                    |    |  |
|                                 |           |        |                                 |                         |      |      |                    |    |  |
|                                 |           |        |                                 |                         |      |      |                    |    |  |
|                                 |           |        |                                 |                         |      |      |                    |    |  |
|                                 |           |        |                                 |                         |      |      |                    |    |  |
|                                 |           |        |                                 |                         |      |      |                    |    |  |
|                                 |           |        |                                 |                         |      |      |                    |    |  |
|                                 |           |        |                                 |                         |      |      |                    |    |  |
|                                 |           |        |                                 |                         |      |      |                    |    |  |
|                                 |           |        |                                 |                         |      |      |                    |    |  |
|                                 |           |        |                                 |                         |      |      |                    |    |  |