

保 險 医 療 機 関
 保 險 薬 局
 生活保護法指定医療機関

廃止
 休止 届
 再開

名 称	法人名	(フリガナ)	医療機関 (薬局) コード			
	機関名	(フリガナ)				
所 在 地		〒				
廃止・休止・再開の区分 ※該当する区分に○をつけること		廃止 ・ 再開	廃止・再開の時期	令和 年 月 日		
		休止	休止の時期	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
理 由						
開 設 者	住 所	〒				
	氏 名	(フリガナ)				
生活保護法の 指定医療機関の 届出関係 (※)	生活保護法の指定医療機関の 廃止 ・ 休止 ・ 再開 の届出を併せて行う	<input type="checkbox"/>	生活保護法第 49 条の 2 第 2 項第 2 号から第 9 号まで (指定欠格事由) に該当しない旨の誓約	<input type="checkbox"/>	国の開設した医療機関	<input type="checkbox"/>
(※) は、該当する場合、右隣の□にチェックを入れること。						

上記のとおり 廃止 ・ 休止 ・ 再開 いたしますので、指定登録に関する省令第 8 条によりお届けします。

令和 年 月 日

開設者の氏名及び住所

(法人の場合は、名称、代表者の職氏名及び主たる事務所の所在地)

〒

北海道厚生局長 殿

電話 ()