

保 険 医 療 機 関 廃 止  
保 険 薬 局 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 |     | 廃止 ・ 休止 ・ 再開 |  | 廃止・再開年月日    | 平成・令和 年 月 日               |
|             |     |              |  | 休止（予定）期間    | 平成・令和 年 月 日 ～ 平成・令和 年 月 日 |
| 理 由         |     |              |  |             |                           |
| 開 設 者       | 住 所 | 〒            |  |             |                           |
|             | 氏 名 | (フリガナ)       |  |             |                           |

上記のとおり 保険医療機関・保険薬局を 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)

四 国 厚 生 支 局 長 殿

(連絡先電話番号 - - )

注) 廃止の場合は保険医療機関又は保険薬局の指定通知書を添付してください。