

保 険 医 療 機 関

廃 止

< 記載例 >

医療機関(薬局)コード

保 険 薬 局

休 止 届
再 開

【指定通知書】に記載されている7桁のコードを記入してください。

病院・診療所・薬局

(フリガナ)

トウホクコウセイキョクピョウイン

TEL () -

名 称

東北厚生局病院

FAX () -

所 在 地

〒980-

宮城県仙台市青葉区

廃止・休止・再開の区分

廃 止 ・ 休 止 ・ 再 開

廃止・再開の時期

令和 年 月 日

休止である場合の休止(予定)期間

令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

理 由

院長が高齢で体調不良のため

休止の場合は、休止期間の末日(令和 年 月 日まで)も併せて記入してください。

上記の

届け出する事項について、その理由を簡潔に記入してください。

を 廃 止 ・ 休 止 ・ 再 開 したので、指定登録に関する省令第8条により届出します。

令和 年 月 日

開設者の氏名及び住所(法人の場合は、名称(フリガナ)、代表者の職氏名(フリガナ)及び主たる事務所の所在地)

(住所) 〒 -

提出日を記入してください。

保険医療機関・保険薬局の開設者名及び住所

東北厚生局長 殿

(氏名)

TEL () -

FAX () -

廃止の場合、廃止後の連絡先を記入してください。

添付書類 ・ 保健所等へ提出した廃止・休止・再開届の写し
・ 保険医療機関または保険薬局の指定通知書の原本(廃止の場合のみ添付が必要、なお紛失の場合は紛失届を提出してください。)

担当者名 ○○ ○○
TEL () -