

(様式第7号)

指定小児慢性特定疾病医療機関 休止等届出書

年 月 日	
神戸市長 へ	
医療機関等	
住所 _____	
名称 _____	
開設者又は代表者	
住所 (法人にあっては所在地) _____	
氏名 (法人にあっては名称及び代表者氏名) _____	
指定小児慢性特定疾病医療機関の（休止・廃止・再開・処分）について、児童福祉法施行規則第7条の36の規程に基づき下記のとおり届け出ます。	
休止・廃止又は再開の年月日	年 月 日
休止又は廃止の理由	
休止の場合の休止予定期間	年 月 日まで（予定）
医療法、健康保険法、介護保険法又は薬事法に規定する処分を受けた場合の処分年月日及び処分内容	年 月 日

※ 休止・廃止・再開・処分のいずれかに○印をつけて下さい。