様式 第7-1号

生活保護法及び
中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律

指定医療機関処分届書

次のとおり届け出ます。

指定機関等	番　　　号	
	名　称（氏名）	
	所在地（住所）	
処分の種類 及び その年月日		

年　　月　　日

吹田市長宛

届出者　住　所

　　　　氏　名

福祉事務所使用欄

吹田市福祉事務所収受印	通　信　欄

様式 第 7-1 号

注 意 事 項

１．この書類は、次の場合に速やかに提出してください。

①病院、診療所又は薬局が処分を受けた場合

②医師、歯科医師が処分を受けた場合

記 載 要 領

１．病院、診療所又は薬局が届け出る場合には、その病院等について記載してください。

２．指定医療機関等の「番号」は、医療機関コード、薬局コードを記載してください。

３．指定医療機関等の「名称」は、略省等を用いることなく、医療法等により許可若しくは指定を受け、又は届け出た正式の名称を用い、病院であるか診療所であるか判然としない名称である場合には名称の次に「(診療所)」のように記載してください。

４.「処分の種類及びその年月日」は生活保護法施行規則第１４条に規定する処分及びその処分を受けた年月日を記載してください。

５．届出者が法人の場合には、法人名とともにその代表者の氏名及び主たる事務所の所在地を記載してください。