

様式 第 4-2 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

※〔施術機関〕※〔休止  
助産機関〕〔廃止〕 届 書

次のとおり〔休止・廃止〕〔します  
しました〕ので届け出ます。

指定 機 関 等	番 号	
	名 称(氏名)	
	所 在 地(住所)	
	開 設 者 名 (施術所又は助産所の)	
休止・廃止年月日		年 月 日
の 休 止 理 ・ 廃 止 由		
措 委 置 託 状 患 者 況 の		
再 開 の 見 通 し (休止の場合)		

年 月 日

吹 田 市 長 宛

住 所

届出者 (施術者又は助産師)

氏 名

福 祉 事 務 所 使 用 欄

吹田市福祉事務所收受印	通 信 欄

注 意 事 項

1. この書類は、施術等が休止され、又は廃止された場合、速やかに提出してください。
2. 休止の場合には、再開後速やかに再開届書を提出してください。

記 載 要 領

1. 助産師又は施術者が届け出る場合には、その開設する助産所又は施術所について記載してください。
2. ※印のところは、不要のものを——で消してください。
3. 指定施術機関等の「番号」は、70から始まる7桁のコードを福祉事務所（福祉事務所を設置しない町村については子ども家庭センター）へ確認していただきご記入ください。
4. 施術機関等の「名称」は、正式の名称を用いて記載してください。
5. 「委託患者の措置状況」は、既に行なった措置及び今後予定している措置を記載してください。