**指定小児慢性特定疾病医療機関　業務休止等届出書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機関等  （指定訪問看護事業者等である場合は、訪問看護ステーション等を記載してください） | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| 医療機関コード |  |
| 開設者  （指定訪問看護事業者等である場合は、事業者及び代表者について記載してください） | 住所 |  |
| 氏名又は名称 |  |
| 電話番号 |  |
| 届出事由 | | １　業務の休止  ２　業務の廃止  ３　業務の再開  ４　児童福祉法施行規則第７条の３６第２項に該当 |
| 届出事由の生じた日 | | 年　　　月　　　日 |
| 児童福祉法施行規則第７条の３６の規定に基づき、上記のとおり届け出ます。  　　令和　　年　　月　　日    開設者  　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）        吹田市長宛 | | |
| ※医療法（昭和２３年法律第２０５号）第２４条、第２８条若しくは第２９条、健康保険法（大正１１年  法律第７０号）第９５条若しくは医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和３５年法律第１４５号）第７２条第４項、第７５条第１項に規定する処分 | | |