

年 月 日

(あて先)浜松市長

住所
(所在地)

届出者

氏名
(名称及び代表者氏名)
(署名又は記名押印をしてください。)

指定自立支援医療機関 (休止・廃止・再開・処分) 届出書

指定自立支援医療機関の業務を (休止・廃止・再開) したので、
医療法・健康保険法・介護保険法・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による処分を受けたので、
生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行規則第63条の規定により、次のとおり
届け出ます。

記

指定自立支援 医療機関	名称			
	所在地			
	担当者名		電話番号	
休止・ 廃止・ 再開	休止・廃止・再開の別			
	休止・廃止・再開年月日			
	休止・廃止の理由			
	休止の予定期間			
処分	処分を受けた理由			
	処分を受けた根拠となる法令			
	処分を受けた年月日			

- (注) 1 指定訪問看護事業者等が届け出る場合は、「指定自立支援医療機関」を「訪問
看護ステーション等」と読み替えてください。
2 廃止・休止の場合は、あらかじめ1ヶ月以上の予告期間を設けてください。