

※ 生活保護法指定 医療機関
 介護施設
 助産師
 施術者 ※ 〔 休止 〕 届書
 〔 廃止 〕

※

次のとおり 休止・廃止しましたので届け出ます。

指 定 医 療 機 関 等	番 号		サービス種類 (介護機関の 場合)	
	名 称			
	所 在 地			
※休止・廃止年月日		平成 年 月 日		
※ 休 止 ・ 廃 止 の 理 由				
委 託 患 者 の 措 置 状 況				
再 開 の 見 通 し (休 止 の 場 合)				

平成 年 月 日

札 幌 市 長 殿

住 所
 提出者
 氏 名

印

注意事項

1. この書類は、所在地を所管する区保健福祉部を経由して札幌市長あてに提出してください。
2. この書類は、医療機関等が休止され、又は廃止された場合に速やかに提出してください。
3. 休止の場合には、再開後速やかに再開届出書を提出してください。

記載要領

1. 病院、診療所、介護機関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。指定（老人）訪問看護事業所が届け出る場合には、その開設する（老人）訪問看護ステーションごとに記載してください。助産師又は施術者が届け出る場合には、その開設する助産師又は施術者について記載してください。
2. ※印のところは、不要なものを ―― で消してください。
3. 指定医療機関等の「番号」は、指定通知書によって通知した番号を算用数字で記載してください。
4. 指定医療機関等の「名称」は、略称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、又は届け出た正式な名称を用い、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。
5. 「委託患者の措置状況」は、既に行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。
6. 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、代表者印を押印してください。