

西宮市 指定小児慢性特定疾病医療機関 廃止等届出書

年 月 日

西 宮 市 長 様

開設者
氏名又は名称

指定小児慢性特定疾病医療機関の（廃止・休止・再開・処分）について、下記のとおり届け出ます。

記

指定医療機関 名 称 : _____

廃止、休止又は再開の年月日	
廃止又は休止の理由	
休止の場合の休止予定期間	
医療法、健康保険法、介護保険法又は薬事法に規定する処分を受けた場合の処分年月日及び処分内容	

※ 廃止・休止・再開・処分のいずれかに○印をつけて下さい。