様式第６号

　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。