

柏市 指定小児慢性特定疾病医療機関 業務休止等届出書

届 出 事 項 ①～④の該当する項目に○をつけてください		①業務の休止 ②業務の廃止 ③業務の再開 ④規則第7条の36第2号に掲げる処分
保険医療機関等	名称	
	所在地	〒 —
	電話番号	
	医療機関コード	
開設者	個人の場合：氏名 法人の場合：法人名称	
	法人の代表者氏名 (法人のみ記載)	
	住所	〒 —
標榜している診療科名 (病院・診療所のみ記載)		
上記のとおり，児童福祉法施行規則第7条の36の規定に基づき届出を行うべき事項が生じたため届け出ます。 年 月 日 開設者 住所（法人にあつては所在地） 氏名（法人にあつては名称及び代表者氏名） 柏市長 様		