指定小児慢性特定疾病指定医療機関（休止・廃止・再開）届

　　年　　月　　日

高　知　市　長　　様

開設者　住　　所

（法人にあっては所在地）

氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　（法人にあっては名称及び代表者氏名）

　児童福祉法第19条の９第１項に規定する指定医療機関の指定について，児童福祉法施行規則第７条の36第１項第１号の規定に基づき届出します。

|  |  |
| --- | --- |
| 医　療　機　関　名 |  |
| 所　　　在　　　地 |  |
| 電　 話 　番 　号 |  |
| 医 療 機 関 コ ー ド |  |
| （休止・廃止・再開）年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 届　出　の　理　由 |  |

※休止・廃止・再開のいずれかに○をすること。