

# 届出書

年 月 日

(あて先) 宇都宮市長

開設者等:

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):

印

児童福祉法(昭和22年法律第164号)第19条の9第1項の規定による指定小児慢性特定疾病医療機関の指定について、下記のとおり届出します。

保険医療機関 保険薬局 訪問看護ステーション等	名称	
	所在地	〒
	電話番号	
	コード※1	
届出理由 ※ 該当する番号に丸印を付けてください。	① 業務を休止したため。 ② 業務を廃止したため。 ③ 業務を再開したため。 ④ 医療法第24条、第28条若しくは第29条に規定する処分を受けたため。 ⑤ 健康保険法第95条に規定する処分を受けたため。 ⑥ 医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第72条第4項若しくは第75条第1項に規定する処分を受けたため。	

※1 医療機関の場合は医療機関コード、薬局の場合は薬局コード、訪問看護事業者等の場合は訪問看護ステーションコード又は介護保険事業所番号を記載してください。