様式第１５号（第１７条の１１関係）

指定小児慢性特定疾病医療機関（休止・廃止・再開）届出書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機関等 | 名　称 |  |
| 所在地 | （電話番号：　　　　　　　　　　　　） |
| 医療機関等コード |  |
| 開設者 | 住　所 |  |
| 氏名又は名称 |  |
| （休止・廃止・再開）年月日 | | 年　　月　　日 |
| 届出の理由 | |  |
| 上記のとおり、児童福祉法施行規則（昭和２３年厚生省令第１１号）第７条の３６第第１項第１号の規定により、指定小児慢性特定疾病医療機関の（休止・廃止・再開）の届出を行う。    　　　　　　　年　　月　　日    開　　設　　者  住　　　　　所  氏名又は名称  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（記名押印又は署名）  福岡県知事　殿 | | |

* 休止・廃止・再開のいずれかに○をすること。