

様式 6

指定医療機関休廃止等届出書

指定医療機関	名 称	
	所 在 地	〒
	電 話 番 号	
	コード（※１）	
届 出 の 事 由 (該当事由に○印を付けてください。)		休 止 廃 止 再 開 処 分（※２）
届 出 事 由 発 生 年 月 日		年 月 日
理 由		
上記のとおり、難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第４３条の規定により届け出ます。 年 月 日 開 設 者 住 所（法人の場合は所在地） 氏 名（法人の場合は名称 及び代表者の職氏名） 電話番号 奈良県知事 殿		

※１ コード欄については、病院又は診療所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者番号を記入してください。

２ 「処分」とは、医療法第 24 条、第 28 条若しくは第 29 条、健康保険法第 95 条、介護保険法第 77 条第 1 項又は医薬品、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いいます。