

生活保護法
中国残留邦人等支援法

指定医療機関

廃止
再開
再辞

八王子市

届出書

届出内容	廃止・休止・再開・辞退	医療機関・薬局・ ステーションコード (7けた)							
業務の種類	(1) 医科 (2) 歯科 (3) 薬局 (4) 訪問看護ステーション								
医療 機 関	フリガナ								
	名称								
	所在地	〒 -							
廃止・休止・再開 ・辞退年月日	令和 年 月 日								
廃止・休止・再開 ・辞退理由									

上記のとおり届け出ます。

令和 年 月 日

八王子市長 殿

< 申請者(開設者)の氏名及び住所 >
(法人の場合は、法人名称及び所在地)

〒 -



福祉事務所收受印

住所 _____
法人の場合は主たる事務所の所在地

氏名 _____ 印
法人の場合は法人の名称及び法人印

担当者連絡先 TEL () - 担当者名 _____

注意事項

- 1 この届出書は、八王子市福祉事務所を經由して八王子市長宛に提出してください。
- 2 この届出書は、業務を廃止・休止・再開したときは10日以内に、指定を辞退するときは30日以上
の予告期間を設けて提出してください。

記載要領

- 1 届出内容は太枠線内に記入してください。
- 2 「届出内容」欄については、本届出書により届け出る項目に をつけてください。
- 3 「医療機関・薬局・ステーションコード」欄は、廃止・休止・再開・辞退する医療機関について、関東信越厚生局から払出された7ケタのコードを記入してください。
- 4 医療機関「名称」及び「所在地」欄は、廃止・休止・再開・辞退する医療機関の名称・所在地を記載してください。(生活保護法及び中国残留邦人等支援法の指定通知書に記載されている名称・所在地を記入してください。)
- 5 「廃止・休止・再開・辞退年月日」欄は、業務を廃止・休止・再開・辞退した日を記入してください。
- 6 「廃止・休止・再開・辞退の理由」欄については、廃止・休止・再開・辞退した理由を記載してください。
- 7 「届出者(開設者)」が法人の場合には、主たる事務所の所在地、法人名称を記入してください。
「担当者連絡先」「担当者名」については、申請書の記入事項について市からの照会に対応する担当者の連絡先を記入してください。