|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **生活保護法**  **中国残留邦人等支援法** | | | **指定医療機関** | | **廃止**  **休止**  **再開**  **辞退** | **届出書** | | | |
| 届出内容 | | | 廃止　・　休止　・　再開　・　辞退  ＊該当する内容に〇 | | | 医療機関・薬局・  ステーションコード | | |  |  |  | |  |  |  |  |
| 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  ＊該当する種類に〇 | | | | | | | | | | | | | |
| 医　療　機　関 | フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 名称 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | 〒 | | | | | | | | | | | | | |
| 廃止・休止・再開・辞退年月日 | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | |
| 廃止・休止・再開・辞退理由 | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり届出ます。  　　　　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）  　　　　　〒　　　　－  住　所：  ＊法人の場合は主たる事務所の所在地    氏　名：  ＊法人の場合は法人名称  担当者連絡先：ＴＥＬ（　　　　）　　　　　―　　　　　　　担当者名： | | | | | | | | | | | | |