

(記入例) (休止・廃止届)

※ 生活保護法指定 医療機関  
※ 介護機関  
※ 助産機関  
※ 廃止 届書  
※ 施術機関

年月日の表記は元号表記でも西暦表記いづれでも結構です。

該当する機関及び届出内容(休止/廃止)を選択し、不要な項目は二重線で抹消してください。

次のとおり ~~体止~~・廃止しましたので届け出ます。

指 定 等	指 定 番 号	1234
	名 称 (氏名)	みきゃんクリニック
	所在地 (住所)	松山市一番町四丁目 4 - 2
※ <del>体止</del> ・廃止年月日		令和元年 9月 30日
※ 休 止 廃 止 理 由	医療法人に移行のため。	
委 託 措 置 患 者 状 等 況	特になし	
再 開 の 見 通 し (休 止 の 場 合)		

指定を受けた際に通知する指定番号、医療機関は病院等の名称、助産師及び施術者は個人の氏名及び住所を記入してください。

委託患者の措置状況については、変更がないときも含め、必ず記入するようにしてください。

令和元年 10月 1日  
愛媛県知事 様

休止若しくは廃止の届出は、該当することのあった日から10日以内に届け出るようにしてください。(法第50条の2)

開設者が法人の場合は、法人の主たる所在地、法人名、代表者職氏名を記載してください。開設者が個人の場合は、開設者本人の住所、氏名を記載してください。

届出者

〒790-8570  
住所 松山市一番町四丁目 4 - 2  
医療法人愛媛会  
氏名 理事長 愛媛 健一