**指定小児慢性特定疾病医療機関（休止・廃止・再開）届出書**

別紙様式６

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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）の届出を行います。  　　　　年　　月　　日  開設者  住所（法人にあっては所在地）    　　　　　　　　　　　　　 氏名（法人にあっては名称及び代表者氏名）    富山県知事　殿 | | |

※休止・廃止・再開のいずれかに○をすること。