

指定自立支援医療機関(精神通院医療)

- 休 止(再開)
- 廃 止 届
- 辞 退

医 療 機 関 (備 考 1)	名 称	あいち薬局 ※正式名称を記入してください。
	TEL (〇〇〇) 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇町〇番地	
開 設 者 (法人の場合は法人名および法人所在地を記載)	氏名又は名称	株式会社あいち ※個人開設の場合は個人名
	住 所	〒〇〇〇〇-〇〇〇〇 TEL (〇〇〇) 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町〇番地
医療機関番号	1234567	← 厚生局から付与される7桁の番号を記入してください。
<input type="checkbox"/> 休 止(再開) <input checked="" type="checkbox"/> 廃 止 <input type="checkbox"/> 辞 退	理 由	〇〇のため
<input type="checkbox"/> 休 止(再開) <input checked="" type="checkbox"/> 廃 止 <input type="checkbox"/> 辞 退	年 月 日	令和〇年〇月〇日
<p>上記のとおり、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律</p> <p>施行規則</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 第63条 の規定により指定自立支援医療機関(精神通院医療)を</p> <p><input type="checkbox"/> 第64条</p> <p><input type="checkbox"/> 休 止(再開) <input checked="" type="checkbox"/> 廃 止 <input type="checkbox"/> 辞 退</p> <p>令和〇年〇月〇日</p> <p>愛 知 県 知 事 殿</p> <p>届出日を記入してください。</p> <p>医療機関の開設者 所在地 〇〇県〇〇市〇〇町〇番地 名 称 株式会社あいち 開設者(代表者) 代表取締役 愛知 太郎</p>		

- 備考 1 「医療機関の名称」は、必ず正式名称を記載すること。
 2 「休止(再開)・廃止・辞退」の別については該当する項目にチェック若しくは○をすること。
 3 辞退届については、辞退年月日(指定の効力が失効する日)の2ヶ月前までに届け出ること。
 4 薬局、訪問看護ステーション等についても、この様式によること。その場合、「医療機関の開設者」を「薬局の開設者」「訪問看護等事業者」と読み替えること。