

様式第23号

## 指定小児慢性特定疾病医療機関 休止・廃止・再開等届出書

年 月 日

大阪府知事 様

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）

児童福祉法施行規則第7条の36の規定に基づき、次のとおり届け出ます。

届出事由 (該当するものに○をつけてください)		1 業務の休止 2 業務の廃止 3 業務の再開 4 児童福祉法施行規則第7条の36第2項に該当
医療機関  (指定訪問看護事業者等である場合は、訪問看護ステーション等を記載してください)	名称	
	所在地	〒
	医療機関コード	
開設者  (指定訪問看護事業者等である場合は、事業者及び代表者について記載してください)	住所又は所在地	〒
	氏名又は名称	
届出事由の生じた日		年 月 日