指定医療機関廃止届出書

　　年　　月　　日

（あて先）

　　川 越　市　長

　　　　　　　　　　指定医療機関　開設者

住　所

開設者名

電話

 生活保護法及び中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律の規定による下記の指定医療機関について、廃止しましたので届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名称 |  |
| 医療機関コード |  |  |  |  |  |  |  |
| 廃止年月日 | 　　　年　　　月　　　日 |
| 廃止理由 | １．開設者変更（個人⇔法人、親⇒子　等）２．移転（医療機関コードの変更を伴うもの）３．その他（理由を記入してください） |
| 委託患者等の措置状況 |  |

指定医療機関廃止届出書

**記入例**

　　●●年●●月●●日

（あて先）

　　川 越　市　長

　　　　　　　　　　指定医療機関　開設者

住　所　〒３５０－８６０１

以前の開設者の住所、氏名、電話番号をお願いします。

川越市元町１－３－１

　　　　　医療法人川越会

開設者名　理事長　川越　太郎

電話　　　０４９－●●●―●●●●

 生活保護法及び中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律の規定による下記の指定医療機関について、廃止しましたので届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名称 | 川越クリニック |
| 医療機関コード | ０ | １ | ２ | ３ | ４ | ５ | ６ |
| 廃止年月日 | ●●年●●月●●日 |
| 廃止理由 | １．開設者変更（個人⇔法人、親⇒子　等）２．移転（医療機関コードの変更を伴うもの）３．その他（理由を記入してください） |
| 委託患者等の措置状況 | 移転先で引き続き診療します。 |

指定医療機関廃止届出書

**記入例**

　　●●年●●月●●日

（あて先）

　　川 越　市　長

　　　　　　　　　　指定医療機関　開設者

住　所　〒３５０－８６０１

廃止する医療機関の開設者名を記入してください。

川越市元町１－３－１

　　　　　医療法人川越ときも会

開設者名　理事長　川越　太郎

電話　　　０４９－●●●―●●●●

 生活保護法及び中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律の規定による下記の指定医療機関について、廃止しましたので届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名称 | 川越ときもクリニック |
| 医療機関コード | ０ | １ | ２ | ３ | ４ | ５ | ６ |
| 廃止年月日 | ●●年●●月●●日 |
| 廃止理由 | １．開設者変更（個人⇔法人、親⇒子　等）２．移転（医療機関コードの変更を伴うもの）３．その他（理由を記入してください）　（例）　●●年●●月●●日にて医療機関閉院のため　等 |
| 委託患者等の措置状況 | 委託患者なし。近隣の指定医療機関を紹介済、引き続き診療を予定　等 |