|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 様式第６号 | | |
| 指定小児慢性特定疾病医療機関　業務休止等届出書 | | |
| 指定医療機関 | 名　　　称 |  |
| 所　在　地 | 〒  茨城県 |
| 指定年月日 |  |
| 業務休止等届を提出する事由 | | 休止　・　廃止　・　再開　・　その他 |
| 業務休止等届を提出する理由等 | |  |
| 休止・廃止・再開等年月日 | |  |
| 児童福祉法施行規則第７条の３６の規定に基づき、同条各号に掲げる事由に該当したので届け出ます。  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）　　　　　　　　　　  茨城県知事　殿  備考  １　業務休止等届を提出する事由の欄は、該当する事由を○で囲むこと。  ２　業務休止等届を提出する理由等の欄は、該当する事由が生じた年月日及びその理由、概要等を記載すること。 | | |