

(表 面)

様式第6号

※ 生活保護法等指定

医療機関
介護機関
助産師
施術者

※

休止
廃止

届書

※

次のとおり休止・廃止しましたので届け出ます。

指 定 医 療 機 関 等	番 号	
	名 称	
	所 在 地	電話番号： ( )
※休止・廃止年月日		年 月 日
※の 休 止 理 由 ・ 廃		
再開の見通し (休止の場合)		

年 月 日

茨城県知事 殿

住所  
届出者 氏名

(裏 面)

注意事項

- 1 この書類は、知事あてに直接提出してください。
- 2 この書類は、医療機関等の事業を休止し、又は廃止した場合に速やかに提出してください。
- 3 休止の場合には、再開後速やかに再開届書を提出してください。

記載要領

- 1 病院、診療所又は薬局が届け出る場合には、その病院等について記載してください。指定訪問看護事業者等が届け出る場合には、その開設する訪問看護ステーション等ごとに記載してください。助産師又は施術者が届け出る場合には、その開設する助産所又は施術所について記載してください。
- 2 地域密着型介護老人福祉施設、介護老人福祉施設、介護老人保健施設又は介護療養型医療施設が届け出る場合には、その施設について記載してください。居宅介護事業者又は介護予防事業者が届け出る場合には、その事業の種類及びその開設する事業所ごとに記載してください。居宅介護支援事業者、特定福祉用具販売事業者、地域包括支援センター又は特定介護予防福祉用具販売事業者が届け出る場合には、その開設する事業所ごとに記載してください。
- 3 ※印のところは、不要なものを一で消してください。
- 4 指定医療機関等の「生活保護法指定番号」は、指定通知書によって通知した番号を算用数字で記載してください。
- 5 指定医療機関等の「名称」は、略称等を用いることなく、医療法等により許可若しくは指定を受け、又は届け出た正式な名称を用い、病院であるか診療所であるか判然としない名称である場合には、名称の次に「(診療所)」のように記載してください。
- 6 届出者が法人の場合には、法人名とともにその代表者の氏名及び主たる事務所の所在地を記載し、代表者印を押印してください。