様式第19号（第14条関係）（用紙　日本産業規格Ａ４縦型）

静岡県指定医療機関番号

指定医療機関業務休止等届出書

該当する事項にレ点を付してください。		□　指定医療機関の業務の休止 □　指定医療機関の業務の廃止 □　指定医療機関の業務の再開			
指定医療機関	医療機関コード 薬局コード 訪問看護ステーションコード 介護保険事業所番号				
	名称				
	所在地	郵便番号　　－			
理由					
休止・廃止・再開年月日		年　　月　　日			

上記のとおり、難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第43条第１号の規定により届出を行います。

年　　月　　日

開設者　住所
指定訪問看護事業者等　（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏名
（法人にあっては、その名称及びその代表者の職氏名）

担当者　氏名　（　　）
連絡先　（　　）

静岡県知事　様