

様式第2号の12（第2条の11関係）（用紙 日本産業規格A4縦型）

静岡県指定小児慢性特定疾病医療機関番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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	
届出事項		休止・廃止・再開
理由		
休止・廃止・再開 しようとする年月日		年 月 日
上記のとおり、児童福祉法施行規則第7条の36の規定により届け出ます。 年 月 日 開設者等氏名 (法人にあつては、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		