

様式 6

指定医療機関（休止・廃止・再開）届

保険医療機関	名称	
	所在地	〒
	医療機関コード	
開設者 (代表者)	住所	〒
	氏名又は名称	
標榜している診療科目 (医療機関のみ記載)		
届出の理由		
(休止・廃止・再開) 年月日		年 月 日
<p>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（平成26年厚生労働省令第121号）第43条第1項1号の規定により指定医療機関の（休止・廃止・再開）を届け出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p>開設者 住 所</p> <p>氏名又は名称</p> <p>長崎県知事 殿</p>		

※ 休止・廃止・再開のいずれかに○をすること