

指定自立支援医療機関(廃止・休止・再開・処分)届

該当するものを囲ってください

令和4年 ○月 ○日

神戸市長 宛

医療機関等

名 称 △△薬局 伊川谷店

所在地 神戸市西区○○町○丁目○番○号

開設者

住 所 神戸市中央区○○町○丁目○番○号

氏名又は名称 株式会社○○

代表取締役 神戸 太郎

指定自立支援医療機関の(廃止・休止・再開・処分)について、下記のとおり届け出ます。

記

自立支援医療の種類	精神通院医療
廃止、休止又は再開の年月日	令和4年 3月 31日
廃止又は休止の理由	移転のため
休止の場合の休止予定期間	年 月 日から 年 月 日まで
医療法、健康保険法、介護保険法又は薬事法に規定する処分を受けた場合の処分内容(該当する番号に○印を記入すること)	1 医療法第24条、第28条若しくは第29条に規定する処分
	2 健康保険法第95条に規定する処分
	3 介護保険法第77条第1項に規定する処分
	4 薬事法第72条第4項若しくは第75条第1項に規定する処分
処分年月日	年 月 日

備考 1 廃止・休止・再開・処分のいずれかに○印を記入すること。

2 「医療機関等」の名称は、必ず正式名称を記載すること。