

様式 5

<p>指定自立支援医療機関（廃止・休止・再開・処分）届</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>尼 崎 市 長 あて</p> <p style="text-align: center;">医療機関名 所在地</p> <p style="text-align: center;">開設者 住 所 氏名又は名称（代表者） <small>（自署又は記名押印）</small></p> <p>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。</p> <p style="text-align: center;">記</p>	
自 立 支 援 医 療 の 種 類	育成医療 ・ 更生医療
廃止、休止又は再開の年月日	
廃 止 又 は 休 止 の 理 由	
休止の場合の休止予定期間	
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年月日及び処分内容	

※ 廃止・休止・再開・処分のいずれかに○印をつけて下さい。