

指定医療機関等 廃止・休止 届出書

平成 年 月 日

沖縄県知事 宛

届出者 住所 〒

氏名 印

次のとおり、廃止・休止 しましたので届出します。

指定の種別	医療機関 ・ 助産機関 ・ 施術機関 ・ 介護機関		
医療機関 又は 助産所 又は 施術所 又は 介護機関 に関する 事項	名 称		
	所在地	〒	
		TEL	FAX
	医療機関コード・ 介護保険事業者番号		
廃止・休止 年月日			
廃止又は休止する事業の種類 (介護機関のみ記載)			
廃止 又は 休止の 理由			
委託被保護者の 措置状況			
再開予定 (休止の場合記載)			

■注意事項

この書類は、法第50条の2（第54条の2第4項及び第55条第2項において準用する場合を含む）に基づく届出の書類です。該当する事項が生じてから10日以内に届け出てください。

■記入要領

1. 届出は、指定を受けた指定医療機関等ごとに行ってください。
2. この書類は、廃止又は休止の手続きの共通の届書です。届出時には、書面タイトル・みだし書き・休止・廃止年月日の各項目については、該当する届出手続き以外は二重線で消して使用してください。
2. 「届出者」について
個人の場合は、届出される個人の住所・氏名を記載してください。
☆届出者は、指定申請を行った申請者、または指定を受けた個人が対象となります。
指定申請を行った申請者または指定を受けた個人が、死亡し、または失踪宣告を受けての廃止の場合は、その相続人等により届け出てください。
法人の場合は、法人名とともにその代表者の役職・氏名を記載し、住所については法人登記上の住所を記載し、法人代表者印を押印してください。
4. 「指定の種別」欄は、指定を受けた種類を○で囲んでください。
5. 「医療機関又は助産所又は施術所又は介護機関に関する事項」欄について
「名称」は、医療機関及び介護機関については、届出時点の正式な名称を記載してください。助産師及び施術者については、届出時に業務に従事している助産所または施術所の正式名称を記載してください。
「所在地」は、医療機関及び介護機関については届出時点の所在地を、助産師及び施術者については届出時に業務に従事している助産所または施術所の所在地を記載してください。
「医療機関コード・介護保険事業者番号」は、届出時点でのそれぞれの番号を記載してください。
6. 「廃止・休止年月日」欄は、事業または業務を廃止又は休止される年月日を記載してください。
7. 「廃止又は休止する事業の種類（介護機関のみ記載）」欄は、廃止又は休止される事業を記載してください。
8. 「廃止又は休止の理由」欄は、廃止又は休止の理由について記載してください。
9. 「委託被保護者の措置状況」欄は、受け入れていた被保護者の対応状況について、記載してください。
10. 「再開予定」欄は、休止する場合は、再開の目処を記載してください。