

(様式第4号)

生活保護法指定機関 休止・廃止 届出書

次のとおり 休止・廃止 しましたので届け出ます。

指定機関 (事業所)	区 分	介護機関 ・ 医療機関 ・ 施術機関 ・ 助産機関
	事業所番号	
	名 称 (氏 名)	
	所 在 地 (住 所)	
届 出 事 由		休 止 ・ 廃 止
休止・廃止年月日		平成 年 月 日
(介護機関の場合) 休止・廃止する 介護サービスの種類		
休止・廃止の理由		
委託患者等の措置状況		
再開の見通し (休止の場合)		
<p>(あて先) 大 津 市 長</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>届 出 者</p> <p>所在地 (住 所)</p> <p>法人名</p> <p>代表者名 (氏 名)</p> <p>印</p>		