

様式 8

指定自立支援医療機関（廃止・休止・再開・処分）届

年 月 日

兵庫県知事様

医療機関 所在地
 名称
 開設者 住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）
 氏名（法人にあつては、名称及び代表者の氏名）
 電話（ ） —
 電子メール

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	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。