

指定小児慢性特定疾病医療機関処分届出書

医療機関	名 称	
	所在地	(電話番号：)
	医療機関コード	
開設者	住 所	
	氏名又は名称	
処分を受けた年月日		年 月 日
処分の種別		1 医療法第 24 条 2 医療法第 28 条 3 医療法第 29 条 4 健康保険法第 95 条 5 医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第 72 条第 4 項 6 医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第 75 条第 1 項
上記のとおり、児童福祉法施行規則第 7 条の 36 第 2 号の規定により、届け出ます。		
年 月 日		
開設者 住 所 氏名又は名称		
久留米市長 宛て		

※ 処分の種別がわかるように番号のいずれかに○をしてください。