様式第８号

指定小児慢性特定疾病医療機関処分届出書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機関等 | 名　称 |  |
| 所在地 | 〒  （電話番号：　　　　　　　　　　　　） |
| 医療機関等  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（昭和２３年法律第２０５号）第２４条  ２　医療法第２８条  ３　医療法第２９条  ４　健康保険法（大正１１年法律第７０号）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（昭和３５年法律第１４５号）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（昭和２３年厚生省令第１１号）第７条の３６第１項第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  福　岡　市　長　　殿 | | |

* 処分の種別がわかるように番号のいずれかに○をすること。