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　　　　明 石 市 長　様医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　　開設者　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所　　　　　　　　　　　　　　　 　　　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。