

生活保護法等指定 医療機関
介護機関
助産師
施術者 休止
廃止
辞退 届書

次のとおり休止・廃止・辞退しましたので届け出ます。

指 医 療 機 関 等 定	番 号	
	名 称	
	所 在 地	
休止・廃止・辞退の年月日		年 月 日
休止・廃止・辞退するサービスの種類 (介護機関の場合のみ)		<ul style="list-style-type: none"> ・サービスの全て ・一部のみ サービスの種類
休止・廃止・辞退の理由		
委託患者等の措置状況		
再開の見通し (休止の場合)		

年 月 日
福 山 市 長 様

住 所
申 請 者
名 前