

被爆者一般疾病医療機関該当事項届

原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律施行令第16条の規定に基づき届け出ます。

医療機関〔現在の指定内容(変更前)〕

名称		指定番号		指定日	年 月 日
所在地		医療機関 コード			

1 届出理由(該当事項に○印)

	○印	事 項
①	<input type="checkbox"/>	医療機関の名称変更
	<input type="checkbox"/>	医療機関の所在地変更
	<input type="checkbox"/>	開設者の名称(氏名)変更 (右の※に注意)
	<input type="checkbox"/>	開設者の所在地(住所)変更
②	<input type="checkbox"/>	医療機関の全部又は一部の休止
	<input type="checkbox"/>	医療機関の全部又は一部の再開
③	<input type="checkbox"/>	次による処分を受けた
	<input type="checkbox"/>	医療法第24条、第28条、第29条、健康保険法第95条、介護保険法第77条第1項、第105条の9、薬事法第72条第4項、第75条第1項

事実発生日
年 月 日

※ 以下の場合は、この該当事項届ではなく、新規扱いとなりますので、辞退届と指定申請書を提出してください。
 ◎開設者が別の個人又は法人へ変わる等による開設者の変更
 (例)
 ・個人から法人又は法人から個人へ
 ・法人から他の法人へ
 ・個人から他の個人へ

2 詳細(該当項目に記入)

① 所在地・名称等の変更(該当項目の変更前と変更後を記入)

	項目	変更前	変更後
医療機関	名称		
	所在地		
開設者	名称(氏名)		
	所在地(住所)		

② 医療機関の休止・再開

事項(○囲み)	休止 [全部 一部]	再開 [全部 一部]
理由(事項詳細)		

③ 処分

	[]法第[]条[]項	による処分を受けた。
詳細		

熊本県知事 様

年 月 日

(開届出設者)者	所在地 又は住所	〒
	名称(代表者) 又は氏名	

この届出に関する担当者 所属等 氏名
 (問合せ先) TEL FAX

注 この申請書は医療機関の所在地を所管する保健所(所在地が熊本市の場合は、県庁健康づくり推進課)に提出してください。