

(様式第4号)

生活保護法指定医療機関 休 止 届 出 書
廃 止

次のとおり 休止・廃止 しましたので届け出ます。

指定医療機関等	番 号	
	名 称 (氏名)	
	所在地 (住所)	
休止・廃止年月日	令和 年 月 日	
休止・廃止する医療サービスの種類		
休止・廃止の理由		
委託患者等の措置状況		
再開の見通し (休止の場合)		

令和 年 月 日

(宛先)

大 津 市 長

届出者

所在地
(住 所)

名 称
(氏 名)