様式第18号(第18条関係)

指定自立支援医療機関指定申請事項廃止届

年　　月　　日

　(宛先)富山市長

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 住所(所在地) | | |
| 申請者　氏名 | (名称及び代表者の氏名) |  |
| 電話　(　　) | | |

　指定医療機関の業務を廃止したので、次のとおり届け出ます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 指定医療機関 | | 名称 |  | |
| 所在地 |  | |
| 変更内容 | 事項 | | 変更前 | 変更後 |
|  | |  |  |
| 廃止年月日 | | | 年　　月　　日 | |
| 廃止の理由又は概要 | | |  | |