

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				