様式８

指定医療機関処分届出書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機関等 | 名称 |  |
| 所在地 | 〒　　－  　　（電話番号：　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 医療機関等コード |  |
| 開設者等 | 住所 | 〒  　　（電話番号：　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 氏名又は名称 |  |
| 処分を受けた年月日 | | 年　　　月　　　日 |
| 処分の種別 | | １　医療法（昭和２３年法律第２０５号）第２４条  ２　医療法第２８条  ３　医療法第２９条  ４　健康保険法（大正１１年法律第７０号）第９５条  ５　介護保険法（平成９年法律第１２３号）第７７条第１項  ６　医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和３５年法律第１４５号）第７２条第４項  ７　医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第７５条第１項 |
| 上記のとおり、処分を受けたので、難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則（平成２６年厚生労働省令第１２１号）第４３条第２号の規定により、届け出ます。  　　　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　開設者等  　　　　　　　　　　　　住所  　　　　　　　　　　　　氏名又は名称　　　　　　　　　　　　　　印  （押印省略可）  　　北九州市長　様 | | |

* 処分の種別がわかるように番号のいずれかに〇をすること。