第21号様式

難病医療指定医療機関（☐休止　☐廃止　☐再開）届出書

　　年　　月　　日

香川県知事　殿

開設者

住　所　〒

氏　名

TEL（　　　　）　　　　－

（※法人の場合は所在地、名称、代表者職・氏名）

下記のとおり、難病医療指定医療機関を（休止・廃止・再開）し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第４３条の規定により届け出ます。

記

１　所在地

２　名　称

３　（休止・廃止・再開）年月日

４　（休止・廃止・再開）の理由

（　）内の該当する項目を○で囲んでください。