様式１０

廃止届

年　　月　　日

愛 知 県 知 事 殿

 指定医療機関名

 開設者（代表者）氏名

　次のとおり廃止しましたので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 廃止年月日 | 　　　 | 年　 | 　 | 月　 | 　 | 日 |
| 指定医療機関名 |  |
| 医療機関コード ※ | ２ | ３ |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 所在地 | 〒 |  |
|  |
| 電話番号 |  |

〔添付書類〕

指定医療機関指定通知書（様式４）又は指定医療機関更新通知書（様式６）の原本

※　病院又は診療所は医療機関コード（医科は231､歯科は233を含めた10桁の番号）、薬局の場合は薬局コード（234を含めた10桁の番号）。訪問看護事業者等の場合は、訪問看護ステーションコード（236を含めた10桁の番号）、介護医療院の場合は、介護保険事業所番号（23Bを含めた10桁の番号）を記載すること。