

休止(再開)  
 指定自立支援医療機関(精神通院医療) 廃止 届  
 辞 退

医療機関等	名 称	あいちクリニック ※正式名称をご記入ください
	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 TEL(〇〇〇)〇〇〇-〇〇〇〇 愛知県〇〇市〇〇町〇〇番地
開 設 者	住 所	〒〇〇〇〇-〇〇〇〇 TEL(〇〇〇〇)〇〇〇〇-〇〇〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番地
	氏名又は名称	医療法人あいち会 理事長 愛知 太郎
<span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">休止(再開)</span> <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">廃止</span> 辞 退	理 由	人員不足のため
<span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">休止(再開)</span> <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">廃止</span> 辞 退	年 月 日	令和〇〇年〇〇月〇〇日

上記のとおり、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律

第63条  
 施行規則 〇〇の規定により指定自立支援医療機関(精神通院医療)を  
 第64条

休止(再開)  
廃止 します。  
 辞 退

令和〇〇年〇〇月〇〇日

愛 知 県 知 事 殿

届出日をご記入ください

医療機関の開設者  
 所 在 地            〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番地  
 名            称            医療法人あいち会  
 開設者(代表者)    理事長 愛知 太郎

- 備考 1 「医療機関等の名称」は、必ず正式名称を記載すること。  
 2 「休止(再開)・廃止・辞退」は該当するところに○をすること。  
 3 辞退届については、辞退年月日(指定の効力が失効する日)の1ヶ月前までに届け出ること。  
 4 薬局、訪問看護ステーション等についても、この様式によること。その場合、「医療機関の開設者」を「薬局の開設者」「訪問看護等事業者」と読み替えること。