

様式第 16 号（規格 A 4）（第 15 条関係）

指定自立支援医療機関業務休止等届出書

年 月 日

群馬県知事 あて

医療機関の名称

所在地

開設者の氏名又は名称

次のとおり、障害者総合支援法施行規則第 63 条の規定により届け出ます。

担当する医療の種類	
届出事項	休 止 ・ 廃 止 ・ 再 開 ・ その他 (その他の場合その内容)
届出年月日	年 月 日
届出事由	