　　　　　　　　　　　　　※

医療機関

生活保護法等指定　施術機関　処分届書

助産機関

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 指定医療  機関、施術機関（施術者）又は  助産機関（助産師）等 | 業務の種類 | 病院又は診療所（医科）　　　病院又は診療所（歯科）　　訪問看護  薬局　　柔道整復　　あん摩・マッサージ　　はり・きゅう　　助産  ※いずれかに○をつけてください。 |
| 医療機関コード  又は  指定番号 |  |
| フリガナ |  |
| 名称  （氏名） |  |
| 住所 | 〒　　　　　　　－  TEL |
| 処分に  係る事項 | 処分  年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 |
| 処分の具体的内容 | |  |

　上記のとおり届け出ます。

　　　　年　　　　月　　　　日

（あて先）

甲府市長

　 　　　　 　　　　〒　　- 　　　　住所

届出者 連絡先 TEL　　　　（　　　）

氏名

**１　注意事項**

１　この届出書は、甲府市に直接提出してください。

２　この届出書は、生活保護法及び中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国

残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律による指定医療機関等が処分を受けた場合に速やかに提出してください。

**２　記載要領**

１　病院・診療所・訪問看護ステーションの事業所・薬局が届け出る場合はその医療機関ごとに

記入してください。

２　施術者が届け出る場合は、施術所ごとではなく、施術者ごとに記載してください。

３　「名称（氏名）」欄は、正式な名称を記入してください。

４　「処分年月日」欄は、処分を受けた日を記入してください。

５　「処分の具体的内容」欄は、受けた処分の具体的な内容を記入してください。

６　届出者は施術者の場合は施術者個人、医療機関の場合は開設者となります。