

休止
指定自立支援医療機関(精神通院医療) 廃止 届
再開

年 月 日

山口県知事様

郵便番号 〒

申出者住所

氏名

電話 () 局 番

休 止

下記のとおり、指定自立支援医療機関(精神通院医療)を 廃 止 したので、障害者
再 開
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施行規則第63条第1項の規定により届け出ます。

記

指定自立支援 医療機関 (精神通院医療)	名 称	
	所 在 地	〒
休 止 廃 止 年 月 日 再 開		年 月 日
休 止 廃 止 の 理 由 再 開		

注 届出者の住所及び氏名は、法人にあつては、その主たる事務所の所在地並びに名称及び代表者の氏名を記入すること。

備考 用紙の大きさは、日本工業規格 A 列 4 とする。