第34号様式（第７条関係）

生活保護法等指定医療機関等処分届出書

年　　月　　日

いわき市長　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 届出書  (開設者) | 住所 |  |
| 氏名 |  |

次のとおり届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 指定医療機関等 | 区分 | 医療機関 ・ 介護機関 ・ 助産機関 ・ 施術機関 |
| コード番号 |  |
| 名称  (氏　名) |  |
| 所在地  (住　所) |  |
| 処分の種類及び  その年月日 | |  |

※　この書類は、次の場合に速やかに提出してください。

⑴　病院、診療所、指定訪問看護事業者等又は薬局が処分を受けた場合

⑵　医師、歯科医師、助産師又は施術師が処分を受けた場合

⑶　地域密着型介護老人福祉施設、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、居宅介護事業者、居宅介護支援事業者、特定福祉用具販売事業者、介護予防　　事業者、介護予防支援事業者又は特定介護予防福祉用具販売事業者が処分を受けた場合

⑷　助産師又は施術師が開設する助産機関又は施術機関が処分を受けた場合