（　表　面　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※﷒　　　　　　※

助産機関

施術機関

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基づく

休　止

廃　止

指定

届書

　　次のとおり　※　休止・廃止　しましたので届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 指定施術機関等 | 番号 |  |
| 氏　　　名 | 電話　　　（　　　） |
| 住所地 | 〒 |
| ※休止・廃止　年月日 | 　　　　　　年　　　月　　　日 |
| ※休止・廃止の理由 |  |
| 委託患者等の措置状況 |  |
| 再開の見通し（休止の場合） |  |

　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　群馬県知事様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　届出者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

（　裏　面　）

注意事項

１　この書類は、助産師又は施術者の住所地を管轄する福祉事務所を経由して提出してください。

２　この書類は、助産師又は施術者が業務を休止し、又は廃止した場合に速やかに提出してください。

３　休止の場合には、再開後速やかに再開届書を提出してください。

記載事項

１　助産師又は施術者が届け出る場合には、本人及びその勤務する助産所又は施術所について記載してください。

２　※印のところは、該当するものを○で囲んでください。

３　｢番号｣は、生活保護法等に基づく指定施術機関等として指定した際に通知した指定番号を記載してください。

４　「委託患者等の措置状況」は、既に行った措置及び今後予定している措置を記載してください。

６　届出者は、助産師又は施術者本人（死亡の場合は親族等）としてください。　※押印は不要です。