

(表 面)

(介護機関用)

生活保護法指定介護機関処分届書

指 定 介 護 機 関	介 護 事 業 者 番 号	9 9 9 9 9 9
	開 設 者 名 称	医療法人 ○○会
	主たる事務所の所在地	盛岡市△△一丁目△番△号
	事業所（施設）名 称	◇◇診療所
	事業所（施設）所在地	盛岡市□□二丁目□番□号
	事 業 の 種 類	居宅療養管理指導、介護予防居宅療養管理指導
処 分 の 種 類 及 び そ の 年 月 日		<p>・ 医療法第 24 条 ・ 厚生労働省令で定める員数の看護師の不足についての是正。</p>
		令和 8 年 4 月 3 日

上記のとおり届け出ます。

令和 8 年 4 月 10 日

盛岡市長 様

届出者 住所

氏名

- ※届出者（開設者）が個人の場合
届出者（開設者）本人の住所・氏名を記載してください。
- ※届出者（開設者）が法人の場合
名称、代表者の職・氏名及び主たる事務所の所在地を記載してください。
- ※助産師・施術者の場合
個人の住所、氏名を記載してください。（法人名等の記載はしないでください。）
- ※押印は不要です