

(表 面)

様式第 8 号

※ 生活保護法等指定 医療機関  
介護機関  
助産師  
施術者 処分届書

次のとおり届け出ます。

指 定 医 療 機 関 等	番 号	
	名 称 (氏名)	
	所 在 地	電話番号： ( )
処分の種類及び その年月日		

年 月 日

茨城県知事 殿

住所  
届出者 氏名

## 注意事項

- 1 この書類は、所在地又は住所地を管轄する知事あてに直接提出してください。
- 2 この書類は、次の場合に、10日以内に提出してください。
  - ① 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
  - ② 医師，歯科医師，助産師又は施術者が処分を受けた場合
  - ③ 助産師又は施術者が開設する助産所又は施術所が処分を受けた場合
  - ④ 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，介護療養型医療施設，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，地域包括支援センター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

## 記載要領

- 1 病院，診療所，老人保健施設又は薬局が届け出る場合には，その病院等について記載してください。指定訪問看護事業者等が届け出る場合には，その開設する訪問看護ステーション等ごとに記載してください。医師又は歯科医師が届け出る場合には，本人について記載してください。助産師又は施術者が届け出る場合には，本人について記載してください。助産師又は施術者が届け出る場合には，本人又はその開設する助産所もしくは施術所について記載してください。
- 2 地域密着型介護老人福祉施設，介護老人福祉施設，介護老人保健施設又は介護療養型医療施設が届け出る場合には，その施設について記載してください。居宅介護事業者又は介護予防事業者が届け出る場合には，その事業の種類及びその開設する事業所ごとに記載してください。居宅介護事業者が届け出る場合には，その事業の種類及びその開設する事業所ごとに記載してください。居宅介護支援事業者，特定福祉用具販売事業者，地域包括支援センター又は特定介護予防福祉用具販売事業者が届け出る場合には，その開設する事業所ごとに記載してください。
- 3 ※印のところは，不要のものを一で消してください。
- 4 指定医療機関等の「生活保護法等番号」は，指定通知書によって通知した番号を算用数字で記載してください。
- 5 指定医療機関等の「名称」は，略称等を用いることなく医療法等により許可若しくは指定を受け，又は届け出た正式な名称を用い，病院であるか診療所であるか判然としない名称である場合には，名称の次に「(診療所)」のように記載してください。
- 6 「処分の種類及びその年月日」は，生活保護法施行規則第14条に列挙されている処分及びその処分を受けた年月日を記載してください。
- 7 届出者が法人の場合には，法人名とともにその代表者の氏名及び主たる事務所の所在地を記載し，代表者印を押印してください。