

特 定 健 診 ・ 特 定 保 健 指 導 機 関 廃 止 届

特定健診・特定保健指導機関の廃止について、下記のとおり届けます。

平成 年 月 日

香川県国民健康保険団体連合会理事長 殿

住所
届出者 氏名

(印)

廃 止 年 月 日		平成 年 月 日		
①	特定健診・特定保健指導機関コード	3 7 1	機 関 の 種 別	<input type="checkbox"/> ア 特定健診機関 <input type="checkbox"/> イ 特定保健指導機関
②	名 称	<small>フリガナ</small>		
③	所 在 地	郵便番号	電話番号	
		<small>フリガナ</small>		
廃止理由				* 整理印
				* 受付印
				登 録
				確 認

作 成 要 領

- 1 届出者が法人の場合は代表者から、その他の場合は開設者から届け出願います。
- 2 「廃止年月日」欄は、廃止した日付を記入してください。
- 3 「廃止理由」欄は、廃止となった理由を簡潔に記入してください。
- 4 *印欄は記入しないでください。