第14号様式(第9条関係)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年　　月　　日  　　(宛先)みなと保健所長  住所  開設者  氏名  電話番号　　(　　)  ファクシミリ番号　　(　　) | | | | | |
|  | | | 法人にあっては、名称、主たる事務所の所在地及び代表者の氏名 |  | |
| 診療所(助産所)休(廃)止届  　　診療所(助産所)を休(廃)止したので、医療法第8条の2第2項(第9条第1項)の規定により、下記のとおり届け出ます。  記 | | | | | |
|  | 1　名称 |  | | |  |
| 2　所在地 | 電話番号　(　)　ファクシミリ番号　(　) | | |
| 3　開設許可(開設届出)年月日及び同番号 |  | | |
| 4　休(廃)止の理由 |  | | |
| 5　休(廃)止の年月日 | 年　　　　月　　　　日 | | |
| 6　休止の予定期間 |  | | |
|  | | | | | |