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 | 　 |
| 　 |