

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 ()

〔法人にあつては、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	