

診療所  
廃止（休止・再開）届  
助産所

年 月 日

(宛先)  
大津市保健所長

開設者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

(法人にあつては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名)

次のとおり診療所（助産所）を廃止（休止・再開）したので、医療法第9条第1項（第8条の2第2項）の規定により届け出ます。

|              |                   |  |
|--------------|-------------------|--|
| 診療所（助産所）の名称  | (フリガナ)            |  |
| 診療所（助産所）の所在地 | 所在地               |  |
|              | 電話番号              |  |
| 廃止又は再開の年月日   | 年 月 日             |  |
| 休止期間         | 年 月 日 から 年 月 日 まで |  |
| 廃止（休止・再開）の理由 |                   |  |

注 用紙の大きさは、日本産業規格A列4番とします。