

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。