|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年 月 日 | | | | | | | |
| 葛飾区保健所長 あて | | | | | | | |
|  | | | | | 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（歯科診療所又は助産所） 休止 ・ 廃止 届 | | | | | | | |
| 診療所（助産所）を 休止 ・ 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 | | 開設の場所 | | 葛飾区  電話　　（　　　　　）　　　　　　　ＦＡＸ　　（　　　　　） | | | |
| ３ | | 開設許可  （届出）  年月日及び番号 | | 年　　　月　　　日　第　　　　　　号　　許可　・　届出 | | | |
| ４ | □休　止  □廃　止 | | の理由 |  | | | |
| ５ | 休止の予定期間 | | | 年　　　月　　　日　～　　　　　　年　　　月　　　日 | | | |
| ６ | 廃止の年月日 | | | 年　　　月　　　日 | | | |

（備考）

１　該当する□の中にレを付けてください。

２　休止の場合は、休止の予定期間を記入してください。

３　廃止の場合は、廃止の年月日を記入してください。

副本が必要な場合は、提出書類は正副２部ご用意ください。