|  |
| --- |
|  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。