

助産所廃止届

令和 年 月 日

尼崎市保健所長 様

〒

開設者住所

(法人にあっては主たる事務所の所在地)

(ふりがな)
開設者氏名

印

(法人にあっては、名称及び代表者の職氏名)

電 話

—

—

(担当 :

)

次のとおり助産所を廃止したので、医療法第9条の規定に基づき届け出ます。

1	ふりがな 助産所の名称	
2	助産所の所在地	〒 — TEL — — FAX — —
3	廃止年月日	令和 年 月 日
4	廃止の理由	

注) 助産所を廃止した日から10日以内に届出すること。
(副本が必要な場合は、2部作成すること。)