

第 14 号様式 (第 10 条関係)

平成 年 月 日

江戸川区江戸川保健所長 殿

住 所

開設者

氏 名

印

電話番号

ファクシミリ番号

〔法人にあつては、名称、主たる
事務所の所在地及び代表者の氏名〕

診療所 ~~(助産所)~~ 休 ~~(廃)~~ 止届

診療所 ~~(助産所)~~ を休 ~~(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 所 在 地	電話番号 ファクシミリ番号
3 開設許可 (開設届出) 年月日及び番号	年 月 日 号
4 休 (廃) 止の理由	
5 休 (廃) 止の年月日	平成 年 月 日
6 休止の予定期間	