第14号様式（第９条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 令和　年　月　日　 （宛先）大田区保健所長

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 開設者 | 住所 |  |
| 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（廃）止 届診療所（歯科診療所又は助産所）を休（廃）止したので、医療法第８条の２第２項及び第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 | 大田区電話番号　　　 (　　　　)ファクシミリ番号　　　 (　　　　) |
| ３　開設許可（開設届出）年月日及び同番号 | 昭和・平成・令和年月日 | 第号 |
| ４　休（廃）止の理由 |  |
| ５　休（廃）止の年月日 | 令和年月日 |
| ６　休止の予定期間 | 令和年月日 |