第12号様式(第9条関係)

年　　月　　日

町田市保健所長　　　　　様

住所

開設者　氏名

電話番号

|  |  |
| --- | --- |
|  | 法人の場合は、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名 |

町田市診療所・助産所休止・廃止届

　診療所・助産所を休止・廃止しましたので、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　所在地 | |  |
| 2　名称 | | 電話番号 |
| 3 | 開設許可年月日及び番号又は開設届出日 | 年　　　月　　　日　　　第　　　　　号 |
| 4　休止・廃止の日 | | 年　　　月　　　日 |
| 5　休止・廃止の理由 | |  |
| 6　休止の予定期間 | |  |