

診 療 所 廃 止 届 出 書

令和 年 月 日

堺市保健所長 様

開設者住所.....

氏名.....

電話..... ()

(法人の場合、主たる事務所の所在地、名称、代表者職・氏名)

下記のとおり、診療所を廃止しましたので、医療法第9条第1項の規定により届出します。

1. 診療所の 名 称	(フリガナ)						
2. 開設の場所	開設場所	〒					
	電 話	()	F A X	()			
3. 病床数	総病床数	床	<内訳>	一般病床	床	療養病床	床
4. 廃止年月日	令和 年 月 日						
5. 廃止の理由							

【留意事項】

運転免許証等により、開設者の本人確認を行います。

堺市保健所受付印