

(様式8)

病 院 廃 止 届

令和 年 月 日

堺 市 長 様

開設者住所 (〒)

氏名 (法人名) 印

電 話 ()

F A X ()

e-mail

[法人の場合は、主たる事務所の所在地
その名称及び代表者の職、氏名]

下記のとおり、病院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。

堺市保健所受付印

提出部数：1部

1 (ふりがな) 病院名	
2 開設の場所	(〒) 電 話 : () F A X : () e-mail :
3 廃止年月日	年 月 日
4 廃止の理由	