

助産所廃止届出書

令和 年 月 日

堺市保健所長 様

開設者住所.....

氏名.....

印

(法人の場合は主たる事務所の所在地、名称及び代表者の職・氏名)

下記のとおり助産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 開設者の住所・氏名	住 所			
	氏 名			
	電 話	( )		
2 助産所の名称	(フリガナ)			
3 開設の場所	開設場所	〒		
	電 話	( )	FAX	( )
4 廃止年月日	令和 年 月 日			
5 廃止の理由				

堺市保健所受付印