

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.....

電話.....(.....)

(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 助産所の名称	(フリガナ)		
2 開設の場所	開設場所	〒	
	電 話	( )	FAX ( )
3 廃止年月日	令和 年 月 日		
4 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