

年 月 日

新宿区保健所長 宛て

開設者
住 所
氏 名

電話番号 () ファクシミリ番号 ()

(法人にあつては、名称、主たる事務所の所在地及び代表者の氏名)

診 療 所 、 歯 科 診 療 所 又 は 助 産 所 休 (廃) 止 届

診療所、歯科診療所又は助産所を休(廃)止したので、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 名 称	
2 所 在 地	電 話 番 号 () ファクシミリ番号 ()
3 開設許可(開設届出) 年月日及び番号	
4 休(廃)止の理由	
5 休(廃)止の年月日	年 月 日
6 休止の予定期間	