第14号様式（第９条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 令和　年　月　日  （宛先）大田区保健所長   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 開設者 | 住所 |  | | | 氏名 |  | | |  | 電話番号 | |  | |  | ファクシミリ番号 | |  | |  | 法人にあっては、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  及び第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 | 大田区  電話番号　　　 (　　　　)  ファクシミリ番号　　　 (　　　　) | |
| ３　開設許可（開設届出）  年月日及び同番号 | 昭和・平成・令和  年月日 | 第号 |
| ４　休（廃）止の理由 |  | |
| ５　休（廃）止の年月日 | 令和年月日 | |
| ６　休止の予定期間 | 令和年月日 | |