

第17号様式

診療所(助産所)休止(廃止、再開)届

年 月 日

船橋市保健所長 あて

開設者住所 (法人の場合は主たる事務所所在地)

〒

開設者氏名 (法人の場合は名称、代表者職氏名)

印

電話番号 ()

下記のとおり診療所(助産所)を休止(廃止、再開)したので届け出ます。

記

1 名称		電話番号	()
2 所在地			
3 休止(廃止、再開)年月日			

4 休止(廃止、再開)の理由

5 休止(廃止、再開)の場合、再開予定年月日(診療録又は助産録の保存方法及び休止年月日)

備考 廃止の場合は、開設許可証、変更許可証及び使用許可証を添付すること(許可証の交付がない場合は不要)。