第１４号様式（第９条関係）

|  |
| --- |
| 年　　月　　日年月日　　千代田区千代田保健所長　殿住所開設者氏名　　　　　　　　　　　印電話番号電話番号　（　　）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（助産所）休（廃）止届　診療所（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（届出）　年月日及び同番号 | 　年　　月　　日　　　　　　第　　　　号 |
| ４　休（廃）止の理由 |  |
| ５　休（廃）止の年月日 | 年　　月　　日年月日 |
| ６　休止の予定期間 |  |