　第１４号様式（第９条関係）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 |
| ６　休止の予定期間 |  |