

様式第9号（第9条関係）

診療所、助産所休（廃）止届	
1 名称	
2 所在の場所	
3 開設許可（届出）年月日及び同番号	
4 休（廃）止の理由	
5 休（廃）止年月日	
6 休止の予定期間	
<p>上記のとおり診療所、助産所を休（廃）止したので、医療法第8条の2第2項前段（又は第9条第1項）の規定により届け出します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">開設者 住 所 氏 名 ㊟</p> <p style="text-align: right;">〔 法人のときは主たる事務所所在地、 その名称及び代表者職氏名 〕</p> <p>鳥取市保健所長 様</p>	

注 氏名を自署する場合は、押印を省略することができる。