**第17号様式**（第10条関係）

年　　月　　日

高知県知事　様

届出者　住所

氏名　　　　　　　　　　　　㊞

法人の場合は、主たる事務所の所

在地、名称及び代表者の職・氏名

病院（診療所・助産所）休止（廃止）届出書

病院、診療所又は助産所を休止し、又は廃止しましたので、医療法第８条の２第２項又は第９条第１項の規定により下記のとおり届け出ます。

記

１　休止又は廃止の別

２　病院、診療所又は助産所の開設者の住所及び氏名（法人の場合は、主たる事務所の所在地及び名称）

３　病院、診療所又は助産所の名称

４　病院、診療所又は助産所の所在の場所及び電話番号

５　休止し、又は廃止した理由

６　休止又は廃止の年月日

７　休止予定期間（休止した場合にのみ記入してください。）

注　病院、診療所又は助産所を休止し、又は廃止した日から10日以内に届け出てください。