

第17号様式（第10条関係）

年 月 日

〇〇保健所長 様

届出者 住所 〇〇〇〇〇〇〇〇
氏名 〇〇株式会社
代表取締役 〇〇
(担当者 〇〇 TEL)
(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
廃止
- 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）
住所：〇〇〇〇〇〇〇〇
氏名：〇〇〇株式会社
- 3 病院、診療所又は助産所の名称
〇〇〇〇〇〇〇
- 4 病院、診療所又は助産所の所在の場所及び電話番号
所在：〇〇〇〇〇〇〇 電話番号：〇〇〇〇－△△－□□□□
- 5 休止し、又は廃止した理由
予防接種が完了したため
- 6 休止又は廃止の年月日
令和3年〇月〇日
- 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。