

診療所廃止届出書

年 月 日

豊中市長

開設者住所.....

氏名.....

電話.....(.....)

(法人の場合、主たる事務所の所在地、名称、代表者職・氏名)

下記のとおり、診療所を廃止しましたので、医療法第9条第1項の規定により届出します。

1. 診療所の名称	(フリガナ)						
2. 開設の場所	開設場所	〒					
	電話	(.....)	F A X	(.....)			
	E-mail						
	※記載いただいた E-mail アドレス宛に保健所からご連絡を差し上げることがあります。						
3. 病床数	総病床数	床	<内訳>	一般病床	床	療養病床	床
4. 廃止年月日	年 月 日						
5. 廃止の理由							

【添付書類】

- 許可を受けて診療所を開設していた場合は、診療所開設許可書
- 診療所構造設備使用許可書（有床診療所の場合）

※保健所受付印

提出部数 1部