明助　様式第１０号

**助産所（休止・再開）届**

　　　　年　　月　　日

明石市長　様

開設者住所

（法人にあっては主たる事務所の所在地）

（法人にあっては、名称及び代表者の職氏名）

電 話 － － （担当：　　　）

次のとおり助産所を（休止・再開）したので、医療法第８条の２第２項の規定に基づき届け出ます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| １ |  |  | |
| ２ | 助産所の所在地 | 〒　　　－  TEL　　　　-　　　　-　　　　　FAX　　　　-　　　　- | |
| ３　届出事項を○で囲む | 助産所休止 | 休止年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 休止期間 | 年　　　月　　　日　～　　　年　　月　　日（予定） |
| 休止の理由 |  |
| 助産所再開 | 休止年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 再開年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 再開の理由 |  |

〔提出数〕2部（1部申請者控え）

〔提出日〕休止・再開後10日以内