明助　様式第１１号

**助産所廃止届**

　　　　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廃止したので、医療法第９条第１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 | 廃止年月日 | 年　　月　　日 |
| ４ | 廃止の理由 |  |

〔提出数〕2部（1部申請者控え）

〔提出日〕廃止後10日以内