

診療所廃止届

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)

(ふりがな)
開設者氏名 _____
(法人にあっては、名称及び代表者の職氏名)

電 話 - - (担当:)

次のとおり診療所を廃止したので、医療法第9条第1項の規定に基づき届け出ます。

1 診療所の名称	ふりがな
2 診療所の所在地	〒 - 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

〔注意事項〕

- ・診療用エックス線装置がある場合は、診療用エックス線装置廃止届も提出