

診療所
助産所
休止届

年 月 日

(宛先) 岡崎市保健所長

開設者住所 _____

氏名 _____ (※)

(※) 本人(代表者)が手書きしない場合は、記名押印してください。

電話番号 (_____) _____

(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)

下記のとおり、診療所
助産所
を休止しました。

記

名称	
開設の場所	
診療科名	
休止年月日	年 月 日
再開予定年月日	年 月 日
休止理由	

提出者署名 _____