**病　　　院　休　止**

**診　療　所　廃　止　届**

**助　産　所　再　開**

年　　月　　日

福山市保健所長　様

　　　住所

開設者

　　　名前

　　　　　病　院　　休　止

次のとおり診療所を　廃　止　しました。

　　　　　助産所　　再　開

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 所在地 |  |
| 休　止  廃　止　した理由  再　開 |  |
| 休　止  廃　止　した年月日  再　開 | 年　　　月　　　日 |
| 休止の場合は、その予定期間 |  |

（注）１．不用の文字は消すこと。

　　　２．休止・廃止・再開後１０日以内に届出ること。