

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 \_\_\_\_\_