

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)

診療所  
助産所  
下記のとおり、  
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 \_\_\_\_\_