

診療所
助産所
廃止届

年 月 日

(宛先) 岡崎市保健所長

開設していた者 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、
を廃止しました。

記

廃止した施設の名称	
開設していた場所	
廃止年月日	年 月 日
廃止の理由	

<廃止後の問合せ等>

担当者名 _____

電話番号 (_____) _____ 提出者署名 _____