

診療所廃止届出書

令和 年 月 日

(宛先) 寝屋川市保健所長

開設者住所.....

氏名.....

電話 ( ).....

(法人の場合は主たる事務所の所在地、名称、代表者職・氏名)

下記のとおり、診療所を廃止しましたので、医療法第9条第1項の規定により届出します。

1. 診療所の名称	(フリガナ) .....		
	所在地	〒	
2. 開設の場所	電話	( )	FAX ( )
	3. 病床数	総病床数 床 (内訳 一般病床 床 療養病床 床)	
4. 廃止年月日	令和 年 月 日		
5. 廃止の理由			

【添付書類】

- 1 許可を受けて診療所を開設していた場合は、診療所開設許可書
- 2 診療所構造設備使用許可書 (有床診療所の場合)

※保健所受付印