

助産所 休止・廃止・再開 届出書

令和 年 月 日

(宛先) 寝屋川市保健所長

届出者 住 所 _____
氏 名 _____
電話番号 (_____) _____
続 柄 _____
(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、助産所を休止・廃止・再開しましたので届出します。

記

1 開設者の住所 及び氏名	☐ 届出者と同じ (該当する場合は ☐ にチェック)			
	郵便番号	(_____)		
	住 所	都道 府県	郡市 区	
	フリガナ			
	氏 名			
	電話番号			
2 助産所の名称	フリガナ			
	名 称			
3 開設の場所	郵便番号	(_____)		
	所 在 地	都道 府県	郡市 区	
	電話番号	(_____) _____	F A X	(_____) _____
4 廃止年月日	令和 年 月 日			
5 再開年月日	令和 年 月 日			
6 休止期間	自 令和 年 月 日			
	至 令和 年 月 日			
7 理由				

【添付書類】

- 1 廃止する場合で許可を受けて開設していたときは、開設許可書
- 2 助産所構造設備使用許可書

保健所受付印