

(様式8)

病 院 廃 止 届

令和 年 月 日

(宛先) 寝屋川市長

所 在 地 (〒 ー)

法 人 名

代 表 者

電 話 ()

FAX ()

E-mail

〔 法人代表者は、職・氏名を記載のこと。
個人の場合は、開設者の住所、氏名を記載のこと。 〕

下記のとおり、病院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。

保 健 所 受 付 印

提出部数：2部

(様式8)

1	ふりがな		
	病 院 名		
2	開設の場所	郵便番号	〒 —
		所 在 地	
		電 話	()
		F A X	()
		e - m a i l	
3	廃止年月日	令和 年 月 日	
4	廃止の理由		

○医療法（抜粋）

第9条 病院、診療所又は助産所の開設者が、その病院、診療所又は助産所を廃止したときは、10 日以内に、都道府県知事に届け出なければならない。

・添付書類

1 開設許可書、構造設備使用許可証

提出部数：2 部