無料低額診療所廃止（停止）届出書

（様式３）

年　　月　　日

(あて先)　寝屋川市長

事業実施者　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

次のとおり、社会福祉法第２条第３項第９号に規定する事業を廃止(停止)しますので、同第６９条第２項の規定により届出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施設名称 |  |  |
| 施設の所在地 |  |
| 廃止(停止)予定年月日 | 年　　月　　日 |
| 廃止(停止)の理由 |  |
| 現に利用している  者への対応 |  |
| 事業開始年月日 | 年　　月　　日 |
|  | |