

(様式8)

病 院 廃 止 届

令和 年 月 日

大阪市保健所長様

開設者住所 (〒)

氏名 (法人名)

電 話 ()

F A X ()

e-mail

〔 法人の場合は、主たる事務所の所在地
その名称及び代表者の職、氏名 〕

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。

保健福祉センター受付印	大阪市保健所受付印

提出部数：2部

<p>(フリガナ)</p> <p>1 病 院 名</p>	<hr/>
<p>2 開設の場所</p>	<p>(〒)</p> <p>電 話 ()</p> <p>F A X ()</p> <p>e-mail</p>
<p>3 廃止年月日</p>	<p>令和 年 月 日</p>
<p>4 廃止の理由</p>	

《注意事項》 病院開設許可証（原本）を添付し、原本を返却すること。
紛失等により添付できない場合は、その旨の理由書を添付すること。