

診 療 所 廃 止 届 出 書

令和 年 月 日

大阪市保健所長 様

開設者住所.....
.....

氏名.....
(法人の場合は主たる事務所の所在地、名称、代表者の職名・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. 開設者の 住所・氏名	住 所	〒		
	氏 名			
	電 話	()		
2. 診療所の 名 称	(フリガナ)			
3. 開設の場所	開設場所	〒		
	電 話	()	F A X	()
4. 廃止年月日	令和 年 月 日			
5. 廃止の理由				
6. 添付書類	診療所開設許可書 (許可を受けて開設していた場合) ※ 紛失等で添付できない場合は理由書が必要			

保健福祉センター受付印	大阪市保健所受付印	施設番号