

〇〇年〇〇月〇〇日

豊島区池袋保健所長

開設者 住所 東京都豊島区東池袋一丁目18番1号
氏名 豊島 太郎 印個人開設の場合は、
押印不要です電話番号 03 (1234) 5678
ファクシミリ番号 03 (1234) 5678〔法人にあつては、名称、主たる
事務所の所在地及び代表者の氏名〕

診療所（助産所）休（廃）止届

診療所 ~~（助産所）~~ を ~~休~~（廃）止したので、医療法第8条の2第2項（第9条第1項）の規定により、下記のとおり届け出ます。

記

1 名称	〇〇クリニック
2 所在地	豊島区 東池袋一丁目18番1号 電話番号 03 (1234) 5678 ファクシミリ番号 03 (1234) 5678
3 開設許可（開設届出）年月日及び同番号	〇〇年〇〇月〇〇日 第〇〇〇号
4 休 （廃）止の理由	法人化のため
5 休 （廃）止の年月日	〇〇年〇〇月〇〇日
6 休止の予定期間	