

様式第9号（第9条関係）

診療所、助産所廃止届	
1 名称	
2 所在の場所	
3 開設許可（届出）年月日及び同番号	
4 廃止の理由	
5 廃止年月日	
6 休止の予定期間	廃止
上記のとおり診療所、助産所を廃止したので、医療法第9条第1項の規定により届け出します。	
令和 年 月 日	開設者 住所
	氏名 ㊟
鳥取市保健所長 様	電話番号 <small>※繋がる電話番号をお願いします。 ※手続き上で必要な場合のみ、ご連絡することがあります。</small>

注 氏名を自署する場合は、押印を省略することができる。