

記入例

## 診療所廃止の場合

様式第9号（第9条関係）

診療所、助産所廃止届	
1 名称	〇〇クリニック
2 所在の場所	鳥取市〇〇町〇〇番地〇
3 開設許可（届出）年月日及び同番号	平成〇〇年〇月〇日開設届届出 (※医療法人等で許可を受けている場合、許可番号第〇〇〇〇号など)
4 廃止の理由	(例) 高齢かつ後継者がいないため、事業承継のため、移転のため など
5 廃止年月日	令和〇年〇月〇日 (※廃止とする日)
6 休止の予定期間	廃止

上記のとおり診療所、助産所を休（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。

令和〇年〇月〇日 (※届出日（医療法上、廃止日後10日以内）)

開設者 住 所  
氏 名

鳥取市保健所長 様

開設者が法人の場合は法人名  
(医療法人〇〇 理事長 ● ●)

開設者が個人の場合は個人名  
(● ● ● ●)

法人のときは主たる事務所所在地、その名称及び代表者職氏名

印

注 氏名を自署する場合は、押印を省略することができる。