

様式第 9 号（第 9 条関係）

| 診療所、助産所休止届                                               |  |
|----------------------------------------------------------|--|
| 1 名称                                                     |  |
| 2 所在の場所                                                  |  |
| 3 開設許可（届出）年月日及び<br>同番号                                   |  |
| 4 休止の理由                                                  |  |
| 5 休止年月日                                                  |  |
| 6 休止の予定期間                                                |  |
| 上記のとおり診療所、助産所を休（廃）止したので、医療法第 8 条の 2 第 2 項前段の規定により届け出します。 |  |
| 令和    年    月    日                                        |  |
| 開設者 住 所                                                  |  |
| 氏 名                                                      |  |
| 電話番号                                                     |  |
| 鳥取市保健所長 様                                                |  |
| ※繋がる電話番号をお願いします。<br>※手続き上で必要な場合のみ、ご連絡することがあります。          |  |

注 氏名を自署する場合は、押印を省略することができる。