

記入例

診療所休止の場合

様式第9号（第9条関係）

診療所、助産所休止届	
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 休止の理由	(例) 医師の体調不良のため など
5 休止年月日	令和〇年〇月〇日 (※休止とする日)
6 休止の予定期間	6カ月程度 など

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（又は第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、休止日後10日以内）)

鳥取市保健所長 様

開設者 住所
氏 名

印

電話番号

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

(●● ●●)

休止期間中に連絡が取れる連絡先を必ず記入して下さい

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

注 氏名を自署する場合は、押印を省略することが

