様式第５号（第２条関係）

　（その１）

　　（診療所の場合）

廃止届

年　　月　　日

（宛先）下関市立下関保健所長

〒

住所

届出者

氏名

電話　　　(　　　)

　下記のとおり診療所を廃止したので、届け出ます。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施設の名称 | 電話　　　　― | | |
| 所在地 |  | | |
| 廃止理由 | 1 | 医療法人化に伴う廃止 | |
| 2 | 継承に伴う廃止 | |
| 3 | 移転に伴う廃止 | |
| 4 | その他 |  |
| 廃止年月日 | 年　　　月　　　日 | | |

　備考

　１　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ列４番とする。

　２　届出者の住所及び氏名は、法人にあっては、その主たる事務所の所在地、名称並

びに代表者の役職及び氏名を記入すること。