

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。