

年 月 日

(宛先) 秋田市保健所長

申請者 住 所
氏 名
連絡先

診療所(助産所、歯科技工所、施術所)の開設届出事項について(照会)

下記、診療所(助産所、歯科技工所、施術所)の開設届出の内容について回答くださるようお願いいたします。

記

1 名称および所在地

2 照会事項(回答を要する番号に○印を付けてください。)

- (1) 開設年月日 (2) 開設届出年月日 (3) 開設者の氏名および住所 (4) 診療科目
(5) その他()

3 依頼事由