

# 助産所廃止届

年 月 日

(宛先) 秋田市保健所長

〒 \_\_\_\_\_  
開設者 住 所 \_\_\_\_\_

(ふりがな)  
氏 名 \_\_\_\_\_

(法人であるときは、主たる事務所の所在地、名称および代表者の氏名)

(電 話 : \_\_\_\_\_ )

助産所の廃止について、医療法第9条第1項の規定に基づき届け出ます。

## 1 名称および所在地

(1) 名 称 \_\_\_\_\_ (電話 : \_\_\_\_\_ )

(2) 所在地 〒 \_\_\_\_\_  
秋田市 \_\_\_\_\_

## 2 廃止の理由

3 廃止の年月日 : \_\_\_\_\_ 年 月 日