

助産所廃止届

年 月 日

(宛先) 秋田市保健所長

〒 ー
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 〒 ー
秋田市 _____

2 廃止の理由

3 廃止の年月日 : _____ 年 月 日