

診療所廃止（休止、再開）届

年 月 日

（あて先）千葉市保健所長

開設者住所（法人の場合は主たる事務所所在地）

〒

連絡先電話番号 （ ）

開設者氏名（法人の場合は名称、代表者職氏名）

（連絡先電子メールアドレス @ ）

下記のとおり診療所を廃止（休止、再開）したので届け出ます。

記

1 名 称		電話	（ ）
2 開設場所	〒		
3 廃止（休止、再開）年月日	年 月 日		

4 廃止（休止、再開）の理由

5 廃止の場合は診療録及び助産録の保存方法、休止の場合は再開予定年月日、再開の場合は休止年月日

注：廃止の場合は、交付されている全ての許可証を添付すること。