

助産所休止・再開届

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 : _____)

助産所の休止・再開について、医療法第8条の2第2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 休止・再開の理由

3 休止・再開の年月日 : _____ 年 月 日

4 休止の場合は、その予定期間

_____ 年 月 日から _____ 年 月 日まで

[備 考]

休止・再開のいずれかを二重線で取り消すこと。