

最上保健所長 殿

開設者
住所又は所在地
氏名又は名称
代表者氏名

㊟

診 療 所 休 止 届

下記のとおり診療所を休止したから届け出ます。

記

| | |
|-----------|---------|
| 1 名 称 | |
| 2 開設の場所 | 電話 () |
| 3 休止の理由 | |
| 4 休止の年月日 | 年 月 日 |
| 5 休止の予定期間 | 年 月 日まで |