

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 廃 止 届

下記のとおり診療所を廃止したから届け出ます。

記

1 名 称	
2 開設の場所	電話 ()
3 廃止の理由	
4 廃止の年月日	年 月 日