診療所（巡回健診）廃止届出書

　　年　　月　　日

枚方市保健所長　　様

開設者住所

氏名

電話番号

（法人の場合は主たる事務所の所在地、名称、代表者職・氏名）

下記のとおり診療所（巡回健診）を廃止しましたので医療法第９条第１項の規定により届出します。

開設主体となる医療機関の内容

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. 医療機関の   名　　称 | （フリガナ） | | | |
|  | | | |
| 1. 医療機関の   住　所　等 | 開設場所 | 〒 | | |
| 電　　話 |  | ＦＡＸ |  |
| 1. 管 理 者 | 自宅住所 | 〒  電　話：　　　　（　　　） | | |
| 氏　　名 |  | | |

巡回健診等に関する内容

|  |  |
| --- | --- |
| 1. 実施年月日   及び診療時間 |  |
| 1. 実施場所の   住　　　所 |  |
| 1. 実施対象者   及び人数 |  |
| 1. 廃止年月日 |  |

【添付書類】

□許可を受けて診療所（巡回健診）の開設をしていた場合は、診療所開設許可書

|  |
| --- |
| 保健所受付印 |
|  |