病　院　廃　止　届

　　年　　　月　　　日

枚　方　市　長　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | （〶　　　－　　　　） |  |
| 開設者住所 |  |  |
| 氏名 |  |  |
|  |  |  |
| （法人の場合は主たる事務所の所在地、名称、代表者の職・氏名） |
| 電　話 | 　　　　（　　　　） |  |
| ＦＡＸ | 　　　　（　　　　） |  |
| E-mail |  |  |

下記のとおり、病院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。

|  |
| --- |
| 保 健 所 受 付 印 |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| ※入力済 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | ふりがな |  |
| 病　院　名 |  |
| ２　開設の場所 | 郵便番号 | 〶　　　　－　　　　　 |
| 所在地 |  |
| 電　話 | 　　　　（　　　　） |
| ＦＡＸ | 　　　　（　　　　） |
| e-mail | 　　　　　　　　@ |
| ３　廃止年月日 | 　　　　年　　月　　日 |
| ４　廃止の理由 |  |

○医療法（抜粋）

第９条　病院、診療所又は助産所の開設者が、その病院、診療所又は助産所を廃止したときは、**10日以内**に、都道府県知事に届け出なければならない。

・添付書類

１　開設許可書、構造設備使用許可証