

## 診療所廃止届

令和 年 月 日

尼崎市保健所長 様

〒

開設者住所 \_\_\_\_\_  
(法人にあっては主たる事務所の所在地)

(ふりがな)  
開設者氏名 \_\_\_\_\_ 印  
(法人にあっては、名称及び代表者の職氏名)  
電 話            -            -            (担当:            )

次のとおり診療所を廃止したので、医療法第9条第1項の規定に基づき届け出ます。

1 診療所の名称	
2 診療所の所在地	〒            - TEL            -            -            FAX            -            -
3 廃止年月日	令和            年            月            日
4 廃止の理由	
5 備考	カルテについて (具体的に記載ください) 1. 保管場所            _____ 2. 連絡先            TEL            -            -            _____

- 注) 1 廃止する場合、この届を廃止後10日以内に2部提出すること (1部申請者控え)。  
2 診療用エックス線装置等がある場合は、診療用エックス線装置に係る「廃止届」も提出すること。