

助産所（休止・再開）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 :)

次のとおり助産所を（休止・再開）したので、医療法第8条の2第2項の規定に基づき届け出ます。

1	助産所の名称 <small>ふりがな</small>		
2	助産所の所在地	〒 -	
		TEL - -	FAX - -
3	休 止	休止年月日	令和 年 月 日
		休止の理由	
		休止期間	(予定) 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで
	再 開	再開年月日	令和 年 月 日
		再開年月日	令和 年 月 日
		再開の理由	

- 注) 1 助産所を休止、再開した日から10日以内に届出すること。
 (副本が必要な場合は、2部作成すること。)
- 2 届出事項を○で囲む
- 3 兵庫県医療機能情報システムに掲載している情報が変更される場合は、速やかに医療機能情報の変更入力を行うこと。