助　様式１７

助産師出張業務（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：　　）

次のとおり医療法第５条に基づく出張のみによる助産師業務を開始した者が業務を（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	開始届出年月日	年　　月　　日から	
2	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	休止年月日	令和　　年　　月　　日
		再開年月日	令和　　年　　月　　日
		再開の理由	

注）１　助産所出張業務を休止、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　届出事項を〇で囲む