助産所廃止届

年 月 日

明石市長	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
(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	ュップ ガーな 助産所の名称								
2	助産所の所在地	₹	_						
		TEL	_	_		FAX	_	_	
3	廃止年月日		年	月	日				
4	廃止の理由								

〔提出数〕2部(1部申請者控え) 〔提出日〕廃止後10日以内