

## 診療所廃止届

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 | 〒 -<br>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

〔注意事項〕

- ・診療用エックス線装置がある場合は、診療用エックス線装置廃止届も提出