様式第１２号

**病院・診療所・助産所　廃止届出書**

　　　年　　　月　　　日

　仙台市保健所長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　開設者の住所法人にあっては，主たる事務所の所在地（〒 ）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　開設者の法人にあっては，名称及び代表者の氏名

電　話　　　（　　　）

ＦＡＸ 　（　　　）

　病院・診療所・助産所　を廃止したので，医療法第９条第１項の規定により，次のとおり届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| **１** |  |
| **２　開設の場所** | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　 電話番号　　　　（　　　　）  ＦＡＸ　　　　　（　　　　） |
| **３　廃止の理由** |  |
| **４　廃止した年月日** | 年　　　月　　　日 |