

(様式第3号)

### 覚醒剤施用機関閉鎖届出書

医療法第29条の規定により、病院（診療所）の開設の許可を取り消されたので、覚醒剤取締法第9条第2項第3号の規定により、指定証を添えて届け出ます。

年 月 日

住 所  
届出義務者続柄  
氏 名 印

秋田県知事 へ

指定証の番号	第 号	指定年月日	年 月 日
業務所	所在地		
	名 称		
病院（診療所）の開設許可を取り消された年月日			

#### 備考

- 1 用紙の大きさは、A4としてください。
- 2 字は、墨又はインクを用い、楷書ではっきり書いてください。
- 3 法人の場合は住所欄には主たる事務所の所在地を、氏名欄にはその名称及び代表者の氏名を記載してください。