

【様式第 19 号】

病院、診療所又は助産所の廃止、休止又は再開届

年 月 日

(あて先) 秋 田 県 知 事

開設者 住 所
氏 名
※法人であるときは、主たる事務所
の所在地、名称及び代表者の氏名

病院（診療所、助産所）の廃止（休止、再開）について（届出）

病院（診療所、助産所）の廃止（休止、再開）について、医療法第 9 条第 1 項（第 8 条の 2 第 2 項）の規定により、次のとおり届け出ます。

1 名称及び所在地

(名 称)	(所在地)
-------	-------

2 休止（廃止、再開）の理由

--

3 休止（廃止、再開）の年月日

--

4 休止の場合は、その予定期間

--

【文書作成責任者等の連絡先】

(住 所)

(責任者または担当者名)

(連絡先) 電話番号：

メールアドレス：