様式第１７号

病院、診療所又は助産所の廃止、休止又は再開届

（Ａ４判）

|  |
| --- |
|  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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：