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：