**病院・診療所・助産所休止届**

年　　月　　日

（あて先）

　一宮市保健所長

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 開設者 | 住　　所 |  |
|  | 氏　　名 |  |
|  | （法人にあっては、名称及び代表者の職・氏名） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 次のとおり、 | 病院 | を休止します。 |
| 診療所 |
| 助産所 |

|  |  |
| --- | --- |
| 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 診療科名 |  |
| 休止年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 再開予定年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 休止の理由 |  |