別記様式第１２号（規格Ａ４）（第４条関係）

（病院・診療所・助産所）休（廃）止届

年　　月　　日

　　　群馬県知事　　　　　あて

住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

開設者

氏名（法人にあつては、名称及び代表者の職氏名）

　　医療法第８条の２第２項（又は第９条第１項）の規定により、（病院・診療所・助産所）の休（廃）止に関して、次のとおり届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 名称 |  |
| 所在地 | 電話（　　）　　―　　　番 |
| 開設年月日 | （平成・昭和）　　　　年　　月　　日 |
| 休（廃）止理由 |  |
| 休（廃）止年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 休止予定期間 | 年　　月　　日から　　年　　月　　日まで |

　注　届出内容が休止又は廃止のいずれかに係るものであるのか、明らかとなるよう、様式中の不要文字を削除すること。