

様式第 19 号

病院（診療所・助産所）の廃止届

年 月 日

長野市保健所長 宛

住 所

氏 名

連絡先（電話）

〔 法人にあつては、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）を下記のとおり廃止しましたので医療法第9条第1項の規定により届出します。

記

1 病院（診療所・助産所）の名称

2 所在地及び
連絡先（電話）

3 開設年月日 年 月 日

4 廃止の理由

5 廃止年月日 年 月 日