

第14号様式

年 月 日

墨田区長 あて

開設者 住 所
氏 名
電 話 番 号 ()
ファクシミリ番号 ()
〔法人にあつては、名称、主たる事務
所の所在地及び代表者の氏名〕

診療所(助産所)休(廃)止届

診療所(助産所)を休(廃)止したので、医療法第8条の2第2項(第9条第1項)の規定により、
下記のとおり届け出ます。

記

1 名 称	
2 所 在 地	電話番号 () ファクシミリ番号 ()
3 開設許可(届出)の 年月日及び番号	
4 休(廃)止の理由	
5 休(廃)止年月日	年 月 日
6 休止の予定期間	

【診療録等の保存先】

保存責任者氏名：

住所：

電話番号：

(注) 診療録は5年保存、特定生物由来製品を使用した場合は 20 年保存