第10号様式(第3条関係)

年　　月　　日

　　島根県知事　　　　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 開設者住所 | 法人の場合は、主たる事務所の所在地 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 開設者氏名 | 法人の場合は、名称及び代表者の職氏名 |  |

印

電話番号

病院(診療所・助産所)休(廃)止(再開)届

　1　名称

　2　所在地

電話番号　　　　　　　　　　　　FAX番号

　3　休止(廃止・再開)の理由

　　⑴　区分（該当する区分に○印をすること。）

　　　　休止　・　廃止　・　再開

　　⑵　理由

　4　休止(廃止・再開)の年月日

　　　　　　　　年　　　月　　　日

　5　予定期間（休止の場合）

　6　休止中又は廃止後における連絡先

備考　「6　休止中又は廃止後における連絡先」については、「2　所在地」に記載されてい

る連絡先と異なる場合に記載すること。