**休　 　止**

**診療所廃止届**

**再　　 開**

令和　　年　　月　　日

神戸市保健所長　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　開設者住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　開設者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（法人にあっては、名称及び代表者の職氏名）

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | 診療所の名称 |  |
| ２ | 診療所の所在地 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　℡　（　　　　　　）　　　　　　　－ |
| ３ | 休　止 | 休止年月日 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 休止の理由 |  |
| 再開見込時期 | 令和　　　 年　　　　月　　 | ※必ず記入すること。※休止から原則１年以内。　　（個人開設を除く） |
| ４ | 再　開 | 再開年月日 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 |
| ５ | 廃　止 | 廃止年月日　　 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 廃止の理由 |  |

注１） 提出部数・・・・・３部（診療所控１部含む）　　　　提出先・・・・・保健センター（各区役所内）

注２）　休止、再開、廃止した日から、10日以内に提出してください。

注３）　診療所を廃止する場合、エックス線装置を有する診療所については、「（エックス線装置等）廃止届」（様式26）を併せて提出してください。

注４）　開設者住所、開設者氏名、診療所名称及び診療所所在地は直近の届出通りに記載

**１７・１/１**