

助産所（休止・再開）届

年 月 日

明石市長 様

開設者住所 _____
(法人にあっては主たる事務所の所在地)

(ふりがな)
開設者氏名 _____
(法人にあっては、名称及び代表者の職氏名)

電 話 - - (担当：)

次のとおり助産所を（休止・再開）したので、医療法第8条の2第2項の規定に基づき届け出ます。

1	ふりがな 助産所の名称		
2	助産所の所在地	〒 -	
		TEL - -	FAX - -
3 届出事項を○で囲む	助産所休止	休止年月日	年 月 日
		休止期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (予定)
		休止の理由	
	助産所再開	再開年月日	年 月 日
		再開年月日	年 月 日
		再開の理由	

[提出数] 2部 (1部申請者控え)

[提出日] 休止・再開後10日以内