（様式医１３）

（□病　院／□診療所／□助産所）（□廃　止／□休　止／□再　開）届

年　　月　　日

藤沢市保健所長

〒　　－

住　所

開設者　ふりがな
氏　名

電　話　　（　　）

（法人の場合、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の職・氏名）

次のとおり届け出ます。

１　ふりがな
名　　称

２　所 在 地　　神奈川県藤沢市

３　廃止（休止・再開）年月日　　年　　月　　日

４　廃止（休止・再開）の理由

５　（休止の場合）予定期間　　年　　月　　日　まで

備考

・正当の理由がないのに一年を超えて休止することはできません（個人開設の場合を除く）

以下、保健所使用欄

施行番号　：　２０２　－００９－

標記のとおり届出があったため、受理するものです。　施設番号　：

起案 年月日　　・・	所　長	副所長	課　長	主　幹	課長補佐	主　査	担　当	起案者
決裁 年月日　　・・								