年　　月　　日

　福井市長　あて

　　　　　　　　　　　　　　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、名称及び代表者氏名）

（※）本人(代表者)が手書きしない場合は、記名押印してください。

診療所　廃止　届

　下記のとおり　診療所　を廃止したので、医療法第９条の規定により届けます。

　　　　　　　　　　　　　　　　記

１　名称

２　所在地

３　廃止の理由

４　廃止の年月日　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日