

様式第7号（第2条関係）

年 月 日	
(提出先) 川越市保健所長	
開設者 住 所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）	
氏 名（法人にあつては、名称及び代表者の職氏名）	
電話番号	
病院（診療所・助産所）休（廃）止届	
次のとおり、病院（診療所・助産所）を休（廃）止したので、医療法 第8条の2第2項 第9条第1項 の規定により届け出ます。	
名 称	
所 在 地	電話番号
開設許可（開設）年月日	年 月 日
許 可 番 号	
休（廃）止の理由	
休（廃）止年月日	
休 止 予 定 期 間	
休 止 期 間 の 措 置	