

病 院 の 休 止 届  
診 療 所  
助 産 所

年 月 日

いわき市長 様

住所（所在地）

届出者 氏名（名称及び代表者氏名）

㊞

電話番号

注意 □のある欄は、該当する箇所に **㊞**印を付けてください。

|                     |       |                                                                                       |
|---------------------|-------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 区 分                 |       | <input type="checkbox"/> 休止 <input type="checkbox"/> 廃止 <input type="checkbox"/> 再開   |
| 施設                  | 種 類   | <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 助産所 |
|                     | 名 称   |                                                                                       |
|                     | 開設の場所 | 電話番号                                                                                  |
| 休止、廃止又は<br>再開 年 月 日 |       | 年 月 日                                                                                 |
| 休 止 期 間             |       | 年 月 日 から<br>年 月 日 まで                                                                  |