

平成 年 月 日

福井県知事 西川 一 誠 様

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、名称および代表者氏名)

㊞

助産所廃止届

下記のとおり助産所を廃止したので、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 開設年月日 年 月 日

4 廃止の理由

5 廃止年月日 年 月 日