

第 1 4 号様式（第 1 0 条関係）

病院（診療所・助産所）休止・再開届

年 月 日 （宛先）茅ヶ崎市保健所長 住所又は所在地 届出者 氏名（法人にあつては、名称及び代表者氏名） 電話番号 病院（診療所・助産所）を休止・再開したので、次のとおり届け出ます。	
病院、診療所又は助産所の名称	
病院、診療所又は助産所の所在地	
休止又は再開年月日	年 月 日
休 止 の 予 定 期 間	年 月 日から 年 月 日まで
休止又は再開の理由	