

様式第 17 号

診療所廃止届出書	
年 月 日	
(宛先) 松山市保健所長	
開設者	
住所	
氏名	
診療所の名称	
診療所の所在地	
廃止年月日	年 月 日
廃止の理由	

注 1 不要の文字は、抹消してください。

2 保健所長が必要と認める書類を添付してください。