**休　 　止**

**助産所廃止届**

**再　　 開**

令和　　年　　月　　日

神戸市保健所長　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　開設者住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　開設者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（法人にあっては、名称及び代表者の職氏名）

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | 助産所の名称 |  |
| ２ | 助産所の所在地 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　℡　（　　　　　　）　　　　　　　－ |
| ３ | 休　止 | 休止年月日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| 休止の理由 |  |
| 再開見込時期 | 令和　　　年　　　月 | ※休止から原則１年以内。　　（個人開設を除く）必ず記入すること。 |
| ４ | 再　開 | 再開年月日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| ５ | 廃　止 | 廃止年月日　　 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| 廃止の理由 |  |

注１） 提出部数・・・・･３部（助産所控１部含む）　　　提出先・・・・・保健センター（各区役所内）

注２）　医療法人の場合、開設する助産所を廃止する場合は定款の変更が必要であり、法人を解散する場合は解散認可の申請が必要（認可が下りるまでは休止届けを提出）。

【添付書類】　新定款又は解散認可書(写)

注３）　開設者住所、開設者氏名、助産所名称及び助産所所在地は直近の届出通りに記載

**１７・１/１**