

様式 8

病院廃止届

年 月 日

佐賀県知事

様

開設者住所

氏名

下記のとおり廃止しましたので、医療法第9条第1項の規定に基づき届出ます。

記

1. 名称

2. 所在地

3. 開設年月日

年 月 日

4. 廃止の理由

5. 廃止の期日

年 月 日

(この事務に係る担当者氏名及び連絡電話番号)

届出等の書類に記載されている個人情報については、当該業務以外の目的には使用しません。また、第三者に提供しません。

なお、県における個人情報の取扱いについては、佐賀県プライバシーポリシー及び行動プログラムで定めております。