

(様式第2号)

診 療 施 設 休 (廃) 止 届

年 月 日

長野県知事 様

住所

氏名

〔法人にあつては、主たる事務所の
所在地及び当該法人の名称〕

下記のとおり診療施設を休(廃)止しましたので、獣医療法第3条の規定により届け出ます。

記

- 1 診療施設の所在地及び名称
- 2 休(廃)止期日
- 3 休 止 期 間
- 4 休(廃)止の理由