

(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