

柏市国民健康保険・柏市後期高齢者
保健事業実施機関 廃止届出書

令和 年 月 日

柏市長 宛て

(開設者) 住所 (法人の場合は主たる事務所所在地)

〒

氏名 (法人の場合は法人名及び代表者職・氏名)

(法人名)

(ふりがな)

電話番号

保健事業実施機関を廃止したいので、柏市国民健康保険等保健事業利用費助成規則第11条第2項の規定により、次のとおりお届けします。

指定番号				-				
施術所の名称								
開設場所	〒							
	電話番号							
事由発生年月日	令和 年 月 日							
事由								

○添付書類

1 保健事業実施機関指定書

<受付>

廃止日 令和 年 月 日

柏市国民健康保険・柏市後期高齢者
保健事業実施機関 廃止届出書

令和 年 月 日

柏市長 宛て

(開設者) 住所 (法人の場合は主たる事務所所在地)

〒

氏名 (法人の場合は法人名及び代表者職・氏名)

(法人名)

(ふりがな)

電話番号

保健事業実施機関を廃止したいので、柏市国民健康保険等保健事業利用費助成規則第11条第2項の規定により、次のとおりお届けします。

指定番号									
診療所の名称									
開設場所	〒								
	電話番号								
事由発生年月日	令和				年		月		日
事由									

○添付書類

1 保健事業実施機関指定書

※歯科医師会確認欄

上記事由について、確認しました。

令和 年 月 日

柏歯科医師会 会長

※柏市使用欄

<受付>

廃止日
令和 年 月 日

柏市国民健康保険・柏市後期高齢者
保健事業実施機関 廃止届出書

令和 年 月 日

柏市長 宛て

届出人(開設者・管理者) 住所(法人の場合は主たる事務所所在地)

〒

氏名(法人の場合は法人名及び代表者職・氏名)

(法人名)

(ふりがな)

電話番号

保健事業実施機関を廃止したいので、柏市国民健康保険等保健事業利用費助成規則第11条第2項の規定により、次のとおりお届けします。

指定番号									
施設名									
開設場所	〒								
	電話番号								
事由発生年月日	令和 年 月 日								
事由									

○添付書類

1 保健事業実施機関指定書

<受付>

廃止日 令和 年 月 日