[様式第４号](http://www.city.unnan.shimane.jp/reiki/reiki_honbun/word/503570051.doc)(第５条関係)

助産実施解除通知書

第　　　　　号

年　　月　　日

　　　　　　　　　　　様

日南町福祉事務所長　　　　　　　　印

　次の妊産婦について、助産の実施を解除することに決定しましたので通知します。

|  |  |
| --- | --- |
| 入所する妊産婦の　氏名 |  |
| 入所する助産施設の名称及び所在地 |  |
| 助産の実施の　　　　解除の年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 助産の実施の　　　　解除の理由 |  |

備考

　この通知に記載された事項について不服があるときは、この決定があったことを知った日の翌日から起算して６０日以内に日南町長に対して審査請求をすることができます。