（様式９）

**廃　　業　　届**

令和　　年　　月　　日

（宛先）地方独立行政法人市立秋田総合病院理事長

住　　　所

名　　　称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

当社は、令和　　　年　　　月　　　日 付けで廃業したので届けます。