明診　様式第１０号

**診療所（休止・再開）届**

　　　　年　　月　　日

明石市長　様

開設者住所

（法人にあっては主たる事務所の所在地）

（法人にあっては、名称及び代表者の職氏名）

電 話 － － （担当：　　　）

次のとおり、医療法第８条の２第２項の規定に基づき届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| １　 |  |
| ２　診療所の所在地 | 〒　　　－　　　　TEL　　　　-　　　　-　　　　　FAX　　　　-　　　　-　　　　 |
| ３届出事項を○で囲む | 診療所休止 | 休止年月日 | 　　　　年　　　月　　　　日 |
| 休止期間 | 　　　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日（予定） |
| 休止の理由 |  |
| 診療所再開 | 再開年月日 | 　　　　年　　　月　　　日 |
| 再開の理由 |  |

〔提出数〕2部（1部申請者控え）

〔提出日〕休止・再開後10日以内

〔添付書類〕再開の場合

□管理者となる医師・歯科医師の免許証の写し（Ａ４サイズ　原本照合が必要）

□管理者となる医師・歯科医師の臨床研修等修了登録証の写し（Ａ４サイズ　原本照合が必要）

※医師免許平成16年3月31日以前、歯科医師免許平成18年3月31日以前取得の場合不要

□従事する医師・歯科医師の免許証の写し（Ａ４サイズ）