

オンライン診療受診施設（ 休止 ・ 再開 ）届

年 月 日

明石市長 様

設置者住所 _____
(法人にあっては主たる事務所の所在地)

(ふりがな)
設置者氏名 _____
(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 施 設 の 名 称		
2 設 置 の 場 所	〒 - TEL - - FAX - -	
3 休 止 ・ 再 開 年 月 日		
休止の場合	再開予定年月日	
	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