

オンライン診療受診施設廃止届

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:)

次のとおり廃止したので、医療法第9条第1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 廃止年月日	年 月 日
4 廃止の理由	

〔提出数〕2部(1部申請者控え)

〔提出日〕廃止後10日以内