

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)

(ふりがな)
開設者氏名 _____
(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	診療所の名称		
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)