

診 療 所 休 止 届 出 書

令和 年 月 日

(宛先) 寝屋川市保健所長

開設者住所.....

氏名.....

電話..... ().....

(法人の場合は主たる事務所の所在地、名称、代表者職・氏名)

下記のとおり、診療所を休止しましたので、医療法第8条の2第2項の規定により届出します。

1. 診療所の名称	(フリガナ)			
2. 開設の場所	所在地	〒		
	電話	()	FAX	()
3. 休止年月日	令和 年 月 日			
4. 再開予定 年月日	令和 年 月 日 ※診療所の休止期間は、概ね1年以内			
5. 休止の理由				

※保健所受付印