

(様式9)

病 院 休 止 ・ 再 開 届

令和 年 月 日

(宛先) 寝屋川市長

所 在 地 (〒 -)

法 人 名

代 表 者

電 話 ()

FAX ()

E-mail

〔 法人代表者は、職・氏名を記載のこと。
個人の場合は、開設者の住所、氏名を記載のこと。 〕

下記のとおり、病院を $\left\{ \begin{array}{l} \square \text{休止} \\ \square \text{再開} \end{array} \right\}$ 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。

保 健 所 受 付 印

提出部数：1部

(様式 9)

1	ふりがな		
	病 院 名		
2	開設の場所	郵便番号	〒 —
		所 在 地	
		電 話	()
		F A X	()
		e - m a i l	
3	区分 (該当するもの の□を☑にする こと)	□休 止 ・ □再 開	
4	休止・再開年 月日	令和 年 月 日 〔 ※休止の場合、再開予定年月日 令和 年 月 日 〕	
5	休止・再開の 理由		

○医療法（抜粋）

第8条の2 病院、診療所又は助産所の開設者は、正当の理由がないのに、その病院、診療所又は助産所を1年を超えて休止してはならない。ただし、前条の規定による届出をして開設した診療所又は助産所の開設者については、この限りでない。

2 病院、診療所又は助産所の開設者が、その病院、診療所又は助産所を休止したときは、10日以内に、都道府県知事に届け出なければならない。休止した病院、診療所又は助産所を再開したときも、同様とする。

第29条 都道府県知事は、次の各号のいずれかに該当する場合においては、病院、診療所若しくは助産所の開設の許可を取り消し、又は開設者に対し、期間を定めて、その閉鎖を命ずることができる。

（第1号の記載省略）

2 病院、診療所（第8条の届出をして開設したものを除く。）又は助産所（同条の届出をして開設したものを除く。）が、休止した後正当の理由がないのに、1年以上業務を再開しないとき。