

診療所（休止・再開）届

令和 年 月 日

尼崎市保健所長 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 _____ 印
(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	令和 年 月 日
		休止期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日(予定)
		休止の理由	
	診療所再開	休止年月日	令和 年 月 日
		再開年月日	令和 年 月 日
		再開の理由	

注) 1 休止又は再開する場合、この届を休止・再開後10日以内に2部提出すること(1部申請者控え)。
2 兵庫県医療機能情報システムに掲載している情報が変更される場合は、速やかに医療機能情報の変更入力を行うこと。