

診療所休止届出書

令和 年 月 日

堺市保健所長 様

開設者住所.....

氏名.....

電話 ().....

(法人の場合、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	開設場所	〒		
	電 話	()	F A X	()
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				

堺市保健所受付印