

(様式9)

## 病院休止・再開届

令和 年 月 日

堺市長 様

開設者住所 (〒 )

氏名 (法人名) 印

電話 ( )

FAX ( )

e-mail

[ 法人の場合は、主たる事務所の所在地  
その名称及び代表者の職、氏名 ]

下記のとおり、病院を休止・再開しましたので、医療法第8条の2第2項の規定により届出します。

堺市保健所受付印

提出部数：1部

<p>1 (ふりがな) 病院名</p>		
<p>2 開設の場所</p>	<p>(〒 )</p> <p>電 話 : ( )</p> <p>F A X : ( )</p> <p>e-mail :</p>	
<p>3 休止・再開年月日</p>	<p>休止年月日 (再開予定年月日)</p>	<p>年 月 日 ( 年 月 日 )</p>
	<p>再開年月日</p>	<p>年 月 日</p>
<p>4 休止・再開の理由</p>		