

オンライン診療受診施設廃止届出書

年 月 日

堺市保健所長 様

設置者 住所 〒 .....

(フリガナ)

氏名 .....

(法人にあつては、名称、代表者の氏名及び主たる事務所の所在地)

電話番号 .....

E-mail .....

下記のとおり、オンライン診療受診施設を廃止したので、医療法第9条第1項の規定により届け出ます。

1. 施設 の 名 称	(フリガナ) .....
2. 設 置 の 場 所	〒  電話番号
3. 廃 止 年 月 日	
4. 廃 止 の 理 由	

※堺市保健所受付印