

休止 病院 再開 届 廃止

(※該当しない項目を二重線で消してください)

(宛先)
広島市保健所長

開設者住所 _____
(電話)

氏名 _____
(法人にあつては主たる事務所の所在地、名称及び代表者の職氏名)

病院の 休止 再開 廃止 について、 医療法第8条の2第2項 医療法第9条第1項 の規定により届け出ます。

名 称			
開 設 の 場 所	広 島 市	区	
	(電話)	(FAX)	(E-mail)
休 止 ・ 再 開 ・ 廃 止 年 月 日	年 月 日		
休 止 の 場 合 は そ の 予 定 期 間			
休 止 ・ 再 開 ・ 廃 止 の 理 由			
担 当 者 所 属 ・ 氏 名 等	(電話)		

※ 軽微な誤記や明らかな誤字脱字、記載漏れ等は市が訂正・追記します。(承諾されない方はお申し出ください。)
 ※ 届出の事実確認を行うため、別途本市から電話等でご連絡をさせていただく場合があります。(届出時に本人確認書類(運転免許証・旅券等)にて本人確認ができた場合を除く。)

◎ここから下には記入しないでください。

受付印	医療機能情報	開設者確認	特記事項	
	(受付)		(伺い)	
	係	専門員	係	係長