

様式第 9 号の 2（第 9 条関係）

オンライン診療受診施設休止（廃止）届

年 月 日

鳥取市保健所長 様

設置者 住所 〒

電話番号

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）

次のとおりオンライン診療受診施設を休止（廃止）したので、医療法第 8 条の 2 第 2 項前段（第 9 条第 1 項）の規定により届け出ます。

施 設 の 名 称		
設 置 の 場 所	〒 電話番号	
開設許可（届出）年月日及び同番号		
休（廃）止 年 月 日		
休（廃）止 の 理 由		
休 止 の 場 合	休止の予定期間	