

オンライン診療受診施設の休止（再開）届

年 月 日

長野市保健所長 宛

設置者 住 所 〒

氏 名

連絡先（電話）

（法人にあつては、主たる事務所の
所在地、名称及び代表者の氏名）

オンライン診療受診施設を下記のとおり休止（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。

記

1 施設の名称

2 設置の場所及び 〒
連絡先（電話）

3 設置年月日 年 月 日

4 休止（再開）の理由

5 休止（再開）年月日

6 休止の場合、休止予定期間 年 月 日から
年 月 日まで