

オンライン診療受診施設の廃止届

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廃止しましたので、医療法第9条第1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 廃止の理由

5 廃止年月日 年 月 日