

## 診療所休止・再開届

年 月 日

(宛先) 秋田市保健所長

開設者 〒 \_\_\_\_\_  
住 所 \_\_\_\_\_

(ふりがな)

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

(法人であるときは、主たる事務所の所在地、名称および代表者の氏名)

(電 話 : \_\_\_\_\_ )

診療所の休止・再開について、医療法第8条の2第2項の規定に基づき届け出ます。

### 1 名称および所在地

(1) 名 称 \_\_\_\_\_ (電話 : \_\_\_\_\_ )

(2) 所在地 〒 \_\_\_\_\_  
秋田市 \_\_\_\_\_

### 2 休止・再開の理由

3 休止・再開の年月日 : \_\_\_\_\_ 年 月 日

### 4 休止の場合は、その予定期間

\_\_\_\_\_ 年 月 日から \_\_\_\_\_ 年 月 日まで

[備 考]

休止・再開のいずれかを二重線で取り消すこと。