

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	係	係長	