年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 病院 | 休止再開廃止 | 届 |

　　　　　　　（※該当しない項目を二重線で消してください）

|  |  |
| --- | --- |
| 開設者住所 |  |
|  | (電話) |
| 氏名 |  |
|  | （法人にあっ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。）