

(様式9)

病院休止・再開届

令和 年 月 日

大阪市保健所長様

開設者住所 (〒)

氏名 (法人名)

電 話 ()

F A X ()

e-mail

〔法人の場合は、主たる事務所の所在地
その名称及び代表者の職、氏名〕

下記のとおり、病院を休止・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。

保健福祉センター受付印	大阪市保健所受付印

提出部数：2部

<p>(フリガナ) 1 病院名</p>	
<p>2 開設の場所</p>	<p>(〒)</p> <p>電 話 ()</p> <p>F A X ()</p> <p>e-mail</p>
<p>3 休止・再開 年 月 日</p>	<p>令和 年 月 日</p> <p>〔再開予定年月日 令和 年 月 日〕</p>
<p>4 休止・再開 の 理 由</p>	