

オンライン診療受診施設廃止届出書

令和 年 月 日

保健所長 様

設置者 住所 〒

(フリガナ)

氏名

(法人にあつては、名称、代表者の氏名及び主たる事務所の所在地)

電話番号

E-mail

下記のとおり、オンライン診療受診施設を廃止したので、医療法第9条第1項の規定により届け出ます。

1. 施設 の 名 称	(フリガナ)
2. 設 置 の 場 所	〒 電話番号
3. 廃 止 年 月 日	
4. 廃 止 の 理 由	

保健福祉センター受付印	大阪市保健所受付印	施設番号