

(様式例 4)

オンライン診療受診施設廃止届出書

令和〇年 〇月 〇日

神奈川県 〇〇保健福祉事務所長 殿

住所に関して神奈川県以外の場合は、都道府県名から記載してください。

設置者 住所 〒〇〇〇-〇〇〇〇
〇〇市△△ 〇丁目□□□□
電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
氏名 〇〇 〇〇

(法人にあっては、名称、代表者の氏名及び主たる事務所の所在地)

次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。

施設の名 称	〇〇〇〇
設置の場 所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市△△ 〇丁目□□□□ 電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
廃止年 月 日	令和〇年 〇月 〇日
廃止の理 由	廃業したため