

【様式第 38 号】

オンライン診療受診施設の廃止、休止又は再開届

年 月 日

(あて先) 秋 田 県 知 事

設置者 住 所
氏 名
電話番号
※法人であるときは、主たる事務所
の所在地、名称及び代表者の氏名

オンライン診療受診施設の廃止（休止、再開）について（届出）

オンライン診療受診施設の廃止（休止、再開）について、医療法第9条第1項（第8条の2第2項）の規定により、次のとおり届け出ます。

1 名称及び所在地

(名称)	(所在地)
------	-------

2 廃止（休止、再開）の理由

--

3 廃止（休止、再開）の年月日

--

4 休止の場合は、その予定期間

--

【文書作成責任者等の連絡先】

(住 所)
(責任者または担当者名)
(連絡先) 電話番号：
メールアドレス：