　　年　　月　　日

　福井市長　あて

　　　　　　　　　　　　　　開設者住所

　　　　　　　　　　　　　　（法人の場合は、主たる事務所の所在地）

　　　　　　　　　　　　　　開設者氏名　　　　　　　　　　　(※)

（法人の場合は、名称及び代表者氏名）

（※）本人(代表者)が手書きしない場合は、記名押印してください。

休止

診療所　　　　届

再開

　下記のとおり 診療所 を 休止・再開 したので、医療法第８条の２　第２項の規定により届けます。

　　　　　　　　　　　　　　　　記

１　名称

２　所在地

３　休止・再開の理由

※休止の場合その期間

年　　月　　日　から　　年　　月　　日

４　休止・再開の年月日　　　　　　　　　年　　月　　日