

様式第10号（第2条関係）

年 月 日	
(提出先) 川越市保健所長	
設置者 住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）	
氏名（法人にあつては、名称及び代表者の職氏名）	
電話番号	
オンライン診療受診施設廃止届	
医療法第9条第1項の規定により、次のとおり届け出ます。	
施設の名称	
設置の場所	電話番号
廃止年月日	年 月 日
廃止の理由	