

様式第9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休止・再開届	
医療法第8条の2第2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
休止・再開 年月日	
休止の 場合	再開予定年月日
	理由