

様式第7号の2（第5条関係）

オンライン診療受診施設休止（廃止・再開）届

年 月 日

（宛先）小樽市保健所長

設置者 住 所  
氏 名 印  
(法人のみ)  
〔 法人にあっては、その名称、主たる事務所所在地及び代表者氏名 〕

オンライン診療受診施設を休止（廃止、再開）したので、次のとおり届け出ます。

記

- 1 施設の名称
- 2 設置の場所
- 3 休止、廃止又は再開の年月日（休止の場合にあっては、その予定期間）
- 4 休止、廃止又は再開の理由