

様式第43号（第2条関係）

オンライン診療受診施設廃止届出書

年 月 日

岩手県 保健所長

設置者 住所 〒

電話番号

氏名

(法人にあつては、名称、代表者の氏名及び主たる事務所の所在地)

次のとおりオンライン診療受診施設を廃止したので、医療法第9条第1項の規定により届け出ます。

施設 の 名 称	
設 置 の 場 所	〒 電話番号
廃 止 年 月 日	
廃 止 の 理 由	