

病院（診療所・助産所）開設者死亡（失そう）届

年 月 日

熊本市保健所長(宛)

届出人 印
(開設者との続柄)

病院（診療所・助産所）の開設者が死亡し、又は失そうの宣告を受けたので、医療法第9条第2項の規定により次のとおり届出をします。

開設者	(フリガナ)				
	氏名 (法人の場合はその名称)				
開設者	住所 (法人の場合は主たる事務所の所在地)		〒		
			TEL		
(フリガナ)					
名称					
開設の場所		〒			校区
		TEL			FAX
死亡又は失そうの宣告を受けた年月日		年 月 日			
所長	課長	副課長	主幹	主査	班員
受付印			決裁印		
起案 年 月 日 本届出書を受理したので 供覧します。					

備考 氏名を自署する場合は、押印は不要です。

添付書類 死亡診断書または戸(除)籍謄(抄)本