様式第11号

　　　年　　月　　日

（あて先）山形市保健所長

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 郵便番号 |  |
| 届出義務者 | 住所 |  |
|  | 氏名 |  |
|  | 死亡者（失踪者）との続柄 |
|  | 電話番号 |  |

診療所（助産所）開設者死亡（失踪）届

開設者が死亡した(失踪宣告を受けた)ので、医療法第９条第２項の規定により、下記のとおり届け出ます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| １　名称 |  |
| ２　開設の場所（所在地） | 〒 |
| ３　開設者 | 住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話 |
| 氏名 |
| ４　死亡（失踪宣告）年月日 | 　　　　　　　　　　年　　　月　　　日 |

備　考　　戸籍謄（抄）本を添付すること。