

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。