

年 月 日

（あて先）浜松市保健所長

住所

届出義務者

氏名

開設者との続柄

電話番号

病院（診療所・助産所・オンライン診療受診施設）開設者死亡・失そう届

病院（診療所・助産所・オンライン診療受診施設）の開設者が 死亡した・失そうの宣告受けたので、医療法第 9 条第 2 項の規定により次のとおり届け出ます。

記

施設の名称	
開設の場所	
開設者の氏名	
開設者の住所	
死亡・失そう宣告の年月日	年 月 日