

年 月 日

(あて先) 浜松市保健所長

住所 (所在地)

届出者

氏名 (名称及び代表者氏名)

病院 (診療所・助産所) 開設者死亡・失そう届

死亡した

病院 (診療所・助産所) の開設者が 死亡した ので、医療法第 9 条第 2 項の規定により次の失そう宣告を受けた

とお届け出ます。

記

病 院 診療所の名称 助産所	
開設の場所	
開設者の氏名	
死亡・失そう宣告の年月日	年 月 日