

保健所長 殿

郵便番号

住 所

氏 名

電話番号

オンライン診療受診施設設置者死亡（失そう）届

次のとおりオンライン診療受診施設の設置者が死亡した（失そう宣告を受けた）ので、医療法第9条第2項の規定により届け出ます。

ふりがな		
1 名 称		
2 設 置 の 場 所	郵便番号	
	所在地	
	電話番号	
	F A X 番号	
3 設置年月日		年 月 日
4 設置者の住所及び氏名		
5 死亡（失そう）年月日		年 月 日
6 添付書類		① 死亡診断書又は戸(除)籍謄(抄)本、失そう宣告の写し ② 届出義務者であることを証明する書類

(注) この届出は、戸籍法（昭和22年法律第224号）の規定による死亡又は失そうの届出義務者が行うこと。