

様式第 20 号

病院（診療所・助産所）開設者死亡（失そう）届

年 月 日

長野市保健所長 宛

住 所

氏 名（戸籍法の規定に基づく届出義務者）

（死亡（失そう）者との続柄）

連絡先（電話）

病院（診療所、助産所）の開設者が下記のとおり死亡し（失そうの宣言を受け）たので、医療法第 9 条第 2 項の規定により届出します。

記

1 病院（診療所・助産所）の名称
及び連絡先（電話）

2 所在地

3 開設年月日 年 月 日

5 死亡（失そう）年月日 年 月 日

（注）死亡診断書又は戸籍抄本を添付すること。