

様式第14号(第2条関係)

病院(診療所、助産所)開設者死亡(失そう)届出書

年 月 日

(あて先) 静岡市保健所長

住所 (法人にあつては、その主たる事務所の所在地)

届出義務者 氏名 (法人にあつては、その名称および代表者の氏名)

電話

次のとおり開設者が死亡した(失そう宣告を受けた)ので、医療法第9条第2項の規定に基づき届け出ます。

病院(診療所、助産所)の名称	
開設の場所	電話
開設者の氏名	
死亡(失そう宣告)年月日	