

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

（宛先）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
名称及び代表者の職、
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	