年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 病院開設者 | 死　亡  失そう | 届 |

　　　（※該当しない項目を二重線で消してください）

|  |  |
| --- | --- |
| 届出者住所 | 〒 |
|  | (電話) |
| 氏名 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 病院の開設者の | 死　亡  失そう | について、医療法第９条第２項の規定により届け出ます。 |

|  |  |
| --- | --- |
| 開設者の住所 |  |
| 開設者の氏名 |  |
| 名　　　称 |  |
| 開設の場所 | 広島市　　　　　区 |
| (電話)　　　　　　　　　　(FAX)　　　　　　　　　(E-mail) |
| 死亡（失そう）の年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 届出人と開設者  との関係 |  |
| 担当者所属・氏名等 | (電話) |

※　軽微な誤記、明らかな誤字脱字、記載漏れ等は、市が訂正・追記します。（承諾されない方はお申し出ください。）

（添付書類）

１　死亡又は失そうしたことを証する書類

２　開設者と届出者の続柄を示した書類等