

年 月 日

# オンライン診療受診施設 設置者 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)

(宛先)  
広島市保健所長

届出義務者住所 〒 \_\_\_\_\_  
(電話)  
(E-mail)

氏名 \_\_\_\_\_  
(法人にあっては主たる事務所の所在地、法人の名称及び代表者の職氏名)

オンライン診療受診施設の設置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。

設置者	住所	
	氏名	
名称		
設置の場所	広島市 区	
		(電話)
死亡・失そうの年月日		年 月 日
届出人と設置者との関係		
担当者所属・氏名等		(電話)

※ 軽微な誤記や明らかな誤字脱字、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 設置者と届出者の続柄を示した書類等

◎ここから下には記入しないでください。

受付印	特記事項	
	(受付)	(伺い)
	係	係 係長