

病院開設者 死亡 届 失そう

(※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

◎ここから下には記入しないでください。

受付印	医療機能情報 特記事項			
	(受付)		(伺い)	
	係	専門員	係	係長