

年 月 日

墨田区長 あて

住 所
氏 名
死亡者(失踪者)との続柄
電 話 番 号 ()
ファクシミリ番号 ()

診療所(助産所)開設者死亡(失踪)届

開設者が死亡した(失踪宣告を受けた)ので、医療法第9条第2項の規定により、下記のとおり届け出ます。

記

1 名 称	
2 所 在 地	電話番号 () ファクシミリ番号 ()
3 開設許可(届出)の 年月日及び番号	
4 開設者の氏名	
5 死亡(失踪)年月日	年 月 日

添付書類

- 1 死亡診断書若しくは戸(除)籍謄(抄)本又は失踪宣告の写し
- 2 届出義務者であることを証明する書類

(注) この届出は、戸籍法の規定による死亡の届出義務者又は失踪の届出義務者が行ってください。

【診療録等の保存先】

保存責任者氏名：
住所：
電話番号：

(注) 診療録は5年保存、特定生物由来製品を使用した場合は 20 年保存