

第16号様式

年 月 日

墨田区保健所長 あて

住 所

氏 名

死亡者(失そう者)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(失そう)届

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(失そう)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)本又は失そう宣告の写し
- 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そうの届出義務者が行ってください。