

(様式10)

病院開設者死亡・失そう届

令和 年 月 日

堺市長 様

届出者住所 (〒)

氏名 印

(開設者との続柄)
電話 ()

下記のとおり、開設者が死亡・失そうしましたので、医療法第9条第2項の規定により届出します。

堺市保健所受付印

提出部数：1部

1 (ふりがな) 病院名	
2 開設の場所	(〒) 電 話 : () F A X : () e-mail :
3 開設者の氏名	
4 開設者の住所	(〒) 電 話 : ()
5 死亡・失そう 宣告の年月日	年 月 日